

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PARAPLÉGIE CRURALE PAR NEOPLASME EXTRA-DURÉMIEN. OPÉRATION. GUÉRISON (1)

PAR

J. Babinski, P. Lecène, J. Jarkowski.

Société de Neurologie de Paris.

Séance du 11 juin 1914.

OBSERVATION. — Mme Bl. M..., âgée de 53 ans, sage-femme. C'est en 1901 qu'apparaissent les premières manifestations de l'affection dont elle est atteinte. Elle s'aperçoit à cette époque qu'elle n'a plus la même vigueur qu'autrefois, qu'elle se fatigue plus rapidement, et elle éprouve des sensations anormales dans les membres inférieurs : « des énervements dans les jambes et, le soir, comme un agacement se traduisant par le besoin de remuer ».

Ces phénomènes augmentent progressivement, et, à partir de 1903, elle se trouve dans l'impossibilité de continuer à exercer sa profession.

Cependant, pendant plusieurs années encore elle est en mesure d'aller et venir et de marcher sans appui.

Vers le milieu de 1908, les troubles de motilité s'accroissent d'une manière appréciable, surtout du côté gauche : elle n'est plus absolument maîtresse de ses jambes, qui « ne lui obéissent pas toujours et se plient parfois brusquement ».

A cette parésie s'associent des troubles de la miction, de la dysurie, une diminution de la sensibilité aux membres inférieurs et des douleurs.

Ces douleurs occupent : 1° la région lombaire, irradiant vers la partie supérieure de la colonne vertébrale ; 2° l'angle inférieur de l'omoplate à droite. Elles ne sont jamais très violentes ; toutefois, survenant principalement la nuit, elles empêchent la malade de dormir.

De temps à autre, étant assise, elle ressent comme un spasme dans la région lombaire et son tronc se renverse en arrière.

Ces divers troubles continuent à augmenter et, vers le milieu de février 1910, la malade devient incapable de marcher ou de se tenir debout. Cependant, au lit, elle peut encore remuer un peu les jambes.

Quelques semaines plus tard, la paralysie des membres inférieurs est complète, et la sensibilité est à peu près totalement abolie.

La malade est tourmentée par des mouvements spasmodiques involontaires des membres inférieurs. Elle laisse échapper ses urines sans s'en apercevoir.

A partir de ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, son état, dit-elle, ne subit pas de modification appréciable.

9 décembre 1911. PREMIER EXAMEN. — La malade présente une *paraplégie spasmo-*

(1) Nous avons eu l'occasion de signaler cette observation dans une communication à l'Académie de Médecine (J. BABINSKI et J. JARKOWSKI, Sur la localisation des lésions comprimant la moelle, etc., *Bulletin médical*, 17 janvier 1912); elle a été aussi relatée en partie dans la thèse de M. Gendron, 1913.

dique en extension, avec troubles de la sensibilité, remontant jusqu'à la ligne mamelonnaire.

La paralysie des membres inférieurs est complète et ne cède pas, même sous l'influence de divers procédés dynamogénisants (1) (faradisation, application de la bande d'Esmarch).

Cette contracture ne peut être vaincue que par un très grand effort; pourtant elle n'est pas toujours égale à elle-même et peut être diminuée par des mouvements passifs.

De plus, la contracture en extension est entrecoupée de temps à autre par des mouvements spasmodiques involontaires, qui déplacent brusquement les membres inférieurs, fléchissent la cuisse, la jambe et le pied, les allongent ensuite avec une grande force, en détachant le membre du plan du lit, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le membre retrouve sa position primitive de repos.

Ces spasmes se produisent soit dans un seul des membres inférieurs, soit dans les deux, et alors, tantôt ils revêtent la même forme des deux côtés, tantôt ils donnent lieu à une flexion à droite et une extension à gauche, ou vice versa.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont nettement exagérés; il y a de la trépidation épileptoïde du pied des deux côtés.

On constate le signe des orteils des deux côtés.

Tous les réflexes abdominaux sont abolis.

Le réflexe anal est conservé.

Les réflexes de défense sont fortement exagérés et peuvent être provoqués même par des excitations très légères. Leur forme varie suivant la position des membres et l'endroit de l'excitation, mais elle est sensiblement pareille à celle des spasmes involontaires spontanés.

Le territoire dont l'excitation est capable d'engendrer ces réflexes de défense, ne se limite pas aux membres inférieurs; ces réflexes peuvent encore être provoqués au tronc jusqu'à une frontière constituée par une ligne à peu près horizontale, située à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au-dessus de cette limite, les excitations, même très fortes, ne donnent naissance à aucune réaction de ce genre.

Les troubles de la sensibilité cutanée remontent à gauche jusqu'au mamelon, à droite à un travers de doigt au-dessous du mamelon; à la face postérieure, ces troubles se délimitent par une ligne allant de la V^e apophyse épineuse en dehors et un peu en bas de chaque côté.

Au-dessus de cette région, la sensibilité est tout à fait normale.

Quant à leur intensité, les troubles de la sensibilité ne sont pas répartis d'une manière égale dans les diverses régions et pour tous les modes.

Aux membres inférieurs, sauf à la région péri-anales et la plante des pieds, l'anesthésie est, pour ainsi dire, complète; pourtant, à certains examens (qui furent très nombreux), la malade perçoit une sensation désagréable lorsqu'on lui applique sur les cuisses un tube rempli de glace.

L'anesthésie devient un peu moins profonde au-dessus des plis de l'aîne; la malade commence à percevoir, quoique encore très rarement, le chaud, le froid et la piqure. Cette anesthésie incomplète a des limites différentes pour les différents modes de la sensibilité; pour la chaleur, la limite se confond à peu près avec la ligne ombilicale; pour la piqure elle forme une ligne courbe, à concavité tournée en bas, située au-dessus de la précédente, à une distance de 4 à 7 travers de doigts; un peu plus haut se trouve la limite de l'anesthésie au froid. Au-dessus de cette ligne, qui passa à peu près à égale distance entre l'apophyse xyphoïde et l'ombilic, les excitations (surtout après un examen quelque peu prolongé) sont généralement perçues, quoique d'une manière incomplète. C'est ici qu'apparaît également la sensibilité tactile. Enfin, sur les seins, les troubles sensitifs deviennent très légers et ne peuvent être constatés que par comparaison avec les parties normales situées plus haut.

Les limites supérieures de cette hypoesthésie ne sont pas les mêmes pour tous les modes de sensibilité: ce sont les troubles de la sensibilité tactile qui atteignent le niveau le plus élevé.

Au dos, la sensibilité est conservée beaucoup mieux; au-dessus d'une ligne horizon-

(1) J. BABINSKI et J. JARKOWSKI, Réapparition provoquée et transitoire de la motilité volitionnelle dans la paraplégie. *Société de neurologie de Paris*, 9 novembre 1911.

L'élément spasmodique est très marqué. Une contracture extrêmement forte fixe les deux membres inférieurs dans la position d'extension et d'adduction. Les muscles du ventre et de la région lombaire sont également contracturés.

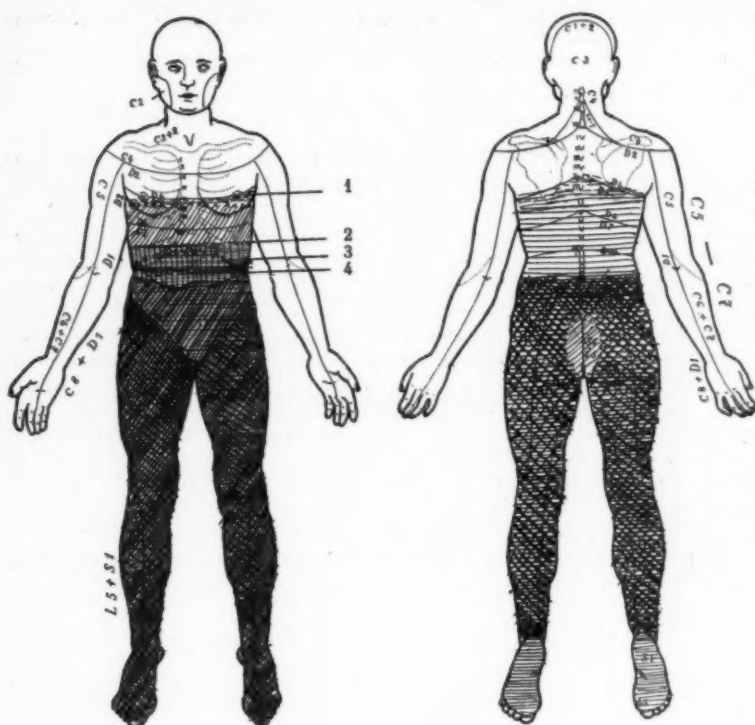


FIG. 1.

1. Limite de l'hypoesthésie.
2. Limite de l'anesthésie au froid.
3. Limite de l'anesthésie à la piqûre.
4. Limite de l'anesthésie au chaud.

Entre 3 et 4, on aperçoit une bande grise qui correspond à la limite des réflexes de défense.

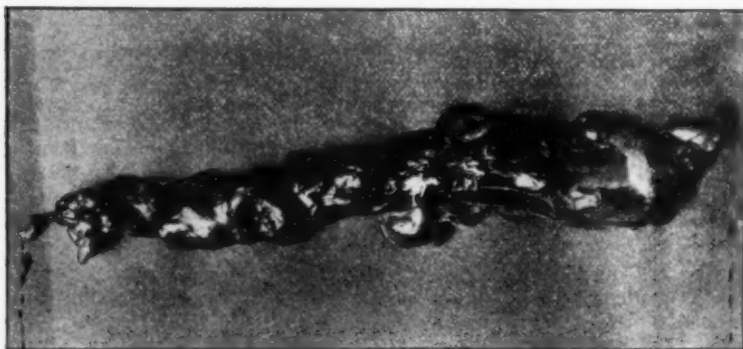


FIG. 2. — Angioliipome extra-dure-mérien de 11 centimètres de longueur.

tales passant à peu près à la hauteur de la IV^e vertèbre lombaire, on ne constate qu'une hypoesthésie relativement légère.

La sensibilité profonde, musculaire et osseuse est complètement abolie aux membres inférieurs et sur une partie du ventre.

La malade perd ses urines et ses matières.

Ajoutons qu'on ne constate aucun trouble ni aux membres supérieurs, ni à la tête.

Étant donné les troubles observés chez cette malade, leurs caractères, leur mode d'évolution, le diagnostic de compression de la moelle, probablement par néoplasie atteignant la partie supérieure de la moelle dorsale, s'imposait.

Il y avait tout lieu d'admettre que la limite supérieure de cette compression correspondait au IV^e ou V^e segment dorsal; c'est là une conclusion qui se dégage des notions classiques, sur lesquelles il est inutile que nous insistions.

Mais n'était-il pas possible encore de déterminer la limite inférieure de la compression et de préciser ainsi la longueur de la tumeur et son siège exact.

Nous avons cru pouvoir le faire en mettant à profit les données que nous avons établies dans un travail antérieur, relatives aux réflexes de défense (1).

Nous avons été conduits ainsi à penser que la compression descendait approximativement jusqu'au IX^e segment dorsal, qu'elle portait environ sur quatre ou cinq segments et qu'elle était par conséquent très longue. Or, l'on sait que ce ne sont guère que les tumeurs extra-dure-mériennes qui atteignent une pareille longueur, et nous avons été ainsi amenés à conclure que, dans l'espèce, nous avions affaire à une tumeur de ce genre.

Nous décidâmes de pratiquer une laminectomie, qui, comme on va le voir, justifia nos prévisions.

Opération, le 3 janvier 1912.

Laminectomie portant sur les III^e, IV^e, V^e, VI^e et VII^e vertèbres dorsales (2). Après résection des apophyses épineuses et des lames, on découvre une production brun rougeâtre qui cache le fourreau dural. Cette tumeur, qui ressemble absolument à une limace comme couleur, volume et longueur, est facilement énucléée dans toute son étendue; aussitôt que la tumeur est enlevée, on sent le fourreau dural intact, qui reprend sa place et se met à battre. On juge inutile d'ouvrir la dure-mère et l'on referme la plaie en trois plans sans drainage. La tumeur enlevée est un *angiolipome* développé dans le tissu cellulo-adipeux vasculaire extra-dural; elle a 11 centimètres de longueur.

SUITES OPÉRATOIRES. — Deux jours après l'opération, on constate déjà une légère atténuation des troubles sensitifs : la malade sent une piqure d'huile camphrée qu'on lui fait à la cuisse droite; la régression des troubles de la sensibilité se poursuit régulièrement, mais très lentement pendant les jours suivants; bientôt la malade commence à sentir le passage des urines pendant la miction.

La raideur diminue légèrement, quoique les spasmes et les réflexes de défense subsistent avec la même intensité.

Le 25 janvier, c'est-à-dire trois semaines après l'opération, la malade est pour la première fois en état d'esquisser, sous l'action du courant faradique, un très léger mouvement de flexion et d'extension de la cuisse et de la jambe gauches.

Après une nouvelle période de trois semaines, la malade exécute ces mouvements sans faradisation, mais à condition qu'on lui soutienne le membre inférieur dans une position favorable.

Vers le 27 février ces mouvements deviennent plus nets à la jambe gauche, mais restent encore extrêmement faibles à droite.

Le membre inférieur droit est plus raide que le gauche, mais a moins de spasmes.

La sensibilité devient de plus en plus nette; la limite supérieure de l'hypoesthésie descend de deux ou trois travers de doigts.

(1) J. BADINSKI et J. JARKOWSKI. Sur la possibilité de déterminer la hauteur de la lésion dans les paraplégies d'origine spinale, etc. *Société de Neurologie de Paris*, 12 mai 1910.

(2) Voir les détails de la technique opératoire dans l'article : « Remarques sur la technique de la laminectomie », par P. LECÈNE. *Journal de Chirurgie*, n° 5, novembre 1913.

Du côté droit, le froid, le chaud, la piqure sont partout sentis; à gauche, la malade reconnaît moins bien ces excitations.

La pression n'est pas sentie aux membres inférieurs, mais commence à être perçue au-dessus du pli de l'aîne.

La sensibilité articulaire et musculaire est encore nulle aux pieds et aux orteils, très diminuée pour les grandes articulations.

Pendant les quelques semaines où la malade reste encore à l'hôpital, la sensibilité s'améliore de plus en plus; par contre, la motilité volontaire ne fait pour ainsi dire aucun progrès appréciable.

La raideur reste toujours forte, surtout à droite; les spasmes subsistent plus forts à gauche.

Les réflexes tendineux sont très exagérés; on constate du clonus des deux côtés; les réflexes abdominaux sont abolis; il y a de l'extension des orteils avec tendance à l'abduction des deux côtés.

La limite des réflexes de défense est à peu près la même qu'avant l'opération.

La malade part chez elle, en province, le 13 mars 1912.

Voici comment elle relate l'évolution ultérieure de son état.

Le premier mouvement volontaire qu'elle ait pu faire, sans aide, est apparu vers le mois de novembre 1912, c'est-à-dire plus de dix mois après l'opération: elle a commencé à remuer le gros orteil du côté droit.

Au mois de décembre de la même année elle arrive à étendre les deux jambes.

Au mois de février 1913 elle se met, pour la première fois, debout et peut se tenir avec l'aide de béquilles.

En avril 1913, la malade commence à marcher avec une canne.

En février 1914, elle est capable d'abandonner la canne.

Ultérieurement son état s'améliore encore d'une manière progressive.

Depuis son départ elle n'aurait plus perdu ses urines, la sensibilité serait, petit à petit, redevenue complètement normale, les spasmes auraient disparu définitivement vers le mois d'avril 1913.

Le 10 juin 1914: la malade vient nous voir.

Elle marche toute seule, sans canne, pas très vite, il est vrai, mais d'une manière à peu près normale: elle ne traîne pas ses jambes, elle ne fauche pas, la pointe du pied ne butte pas contre le sol.

Un examen objectif minutieux ne décèle, comme reliquat des troubles d'autrefois, qu'une tendance à l'extension des orteils et une légère exagération des réflexes de défense; toutefois, on ne retrouve plus la limite d'autrefois.

Les réflexes abdominaux ont reparu des deux côtés.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont forts, mais ne dépassent pas la normale; il n'y a aucune trace d'épilepsie spinale. Tous les mouvements volitionnels s'exécutent avec facilité; pourtant leur force n'est pas encore complètement normale.

Enfin, on ne constate aucun trouble ni de la sensibilité cutanée, ni de la sensibilité profonde.

Voici les conclusions que l'on peut tirer de cette observation:

1° Une tumeur extra-dure-mérienne peut évoluer très lentement et ne se manifester pendant plusieurs années que par des troubles légers;

2° Une compression de la moelle peut déterminer une paralysie complète, avec contracture, d'une très longue durée, sans que les éléments nerveux aient subi des désordres profonds, puisque les troubles fonctionnels sont en pareil cas susceptibles de recéder et de disparaître totalement;

3° La régression d'une paralysie avec contracture après extraction de la néoplasie peut être très tardive, même quand elle doit aboutir à la guérison;

4° Enfin, nous attirons encore l'attention sur le parti qu'on peut tirer des réflexes de défense en ce qui concerne la délimitation du niveau inférieur d'une compression spinale. Ce fait, que nous avons fait connaître en 1910, a d'ailleurs été déjà vérifié plusieurs fois. Il nous a permis, dans le cas particulier, de localiser la lésion en dehors de la dure-mère, et c'est la première fois, croyons-nous, qu'un pareil diagnostic a été établi cliniquement.

II

SUR CERTAINS TROUBLES PSYCHIQUES
OBSERVÉS DANS L'APHASIE

PAR

Serge Davidenko,

Professeur à l'École médicale féminine de Kharkof.

Depuis longtemps on tente de découvrir quelque chose de spécial dans l'état mental des aphasiques. A maintes reprises, on y a noté une démence avec quelques particularités spéciales. Depuis la « révision de la question de l'aphasie », entreprise par Pierre Marie en 1906, l'étude de la déchéance intellectuelle des aphasiques présente un intérêt nouveau. Plusieurs publications ont été faites sur ce sujet. La plupart cherchent à résoudre le problème suivant : Peut-on noter dans tous les cas d'aphasie un déficit intellectuel plus ou moins marqué, ou existe-t-il des cas d'aphasie avec une conservation parfaite des capacités psychiques ? Laissant cette question en dehors de notre communication, nous voulons nous occuper surtout d'une question d'un intérêt clinique réel, mais restant souvent au second plan, à savoir de la question suivante : Peut-on trouver dans l'état mental des aphasiques quelque chose de spécial, quelques particularités cliniques, au moyen desquelles on pourrait établir la différence entre une démence banale, c'est-à-dire la déchéance intellectuelle conditionnée par des foyers organiques du cerveau, et cette forme de démence qui accompagne assez souvent les phénomènes d'aphasie ? En analysant depuis quelques années un assez grand nombre d'aphasiques de toute sorte, nous avons été frappé par ce fait que l'état mental de ces malades présentait parfois des traits assez semblables, même presque identiques. Il se manifeste chez eux une physionomie spéciale de ces troubles psychiques, dont nous voulons tracer les principaux caractères. Il faut ajouter que nous n'avons noté ces troubles spéciaux que chez un nombre restreint de malades de notre casuistique, beaucoup d'aphasiques ne présentant rien de caractéristique au point de vue de leur vie mentale. Mais la similitude de ces troubles nous fournit la preuve qu'il s'agit ici non d'une association accidentelle, mais d'un état spécial, assez intéressant à étudier d'une manière détaillée.

La plupart des malades en question étaient des « paraphasiques », et c'est surtout l'état mental des paraphasiques qui a été signalé comme ayant des particularités cliniques (Pitres, Anglade). Mais nulle part nous n'avons trouvé une description de cet état caractéristique que présentaient nos malades. D'ailleurs, un de nos malades n'étant point paraphasique, nous nous voyons obligés de ne point rapporter ces troubles psychiques spéciaux à la paraphasie seule. Aussi nous parlons des troubles psychiques observés « dans l'aphasie ». Voici quelques exemples cliniques (1) :

(1) Les observations seront publiées *in extenso* dans un travail (en russe) : *Contribution à l'étude des aphasies*.

OBSERVATION I. — Nicolas B..., âgé de 60 ans, présente les phénomènes de « l'aphasie sensorielle », de la paraphasie verbale et littérale, de la logorrhée, avec une persévération (intoxication par les mots et les syllabes) pas très accentuée; le malade ne comprend pas les mots et les phrases qu'on lui adresse, la parole répétée est nulle, parfois paraphasique. Notons que B... présente « la paraphasie consciente », et souvent il s'écrie : « Ah! mon Dieu! j'ai oublié, » etc. Pas d'hémiplégie. Le malade est calme, il reste alité toute la journée, ne s'intéressant guère à son entourage. Il devient excité et émotionnel pendant la conversation, — détail précisément noté par A. Pitres chez les paraphasiques logorrhéiques. En analysant de plus près le contenu de sa logorrhée, nous constatons une stéréotypie considérable de sujets, autour desquels se tourne tout le temps la pensée du malade, et le fait se produit en accord parfait avec la remarque de Pitres, quand il dit de ses malades paraphasiques : « leur attention est comme polarisée ». Il est donc intéressant de noter quels sont les sujets qui polarisent l'attention du malade. A quoi pense-t-il? Car il a sans doute ses pensées propres, et on ne réussit pas à changer pour longtemps leur objet en adressant au malade des questions et des paroles qui ne correspondent pas à ses intérêts intimes. Or, nous voyons que B... s'occupe tout le temps de ses affaires familiales; de la fortune de ses enfants qu'il nomme toujours au diminutif; qu'il remercie continuellement le médecin, en faisant cela d'une façon très humble; il veut souvent se mettre à genoux, fait le signe de la croix, invoque Dieu; il prie tout le temps le médecin de quelque chose, parfois il lui demande pardon, remercie Dieu, avoue que, grâce à Dieu, il se porte mieux maintenant, que tout va bien, qu'il est très content, qu'il ne veut que revenir à la maison voir ses enfants, etc. Il garde un sourire humilié, comme s'il se sentait coupable de quelque chose. En même temps le malade présente une humeur inquiète, anxieuse. C'est donc un état émotionnel caractéristique et assez constant, qu'on peut voir se développer chaque fois qu'on adresse au malade une question quelconque, en le laissant ensuite poursuivre ses propres idées.

Lorsque nous étudions une logorrhée quelconque, nous ne devons donc pas nous borner à noter seulement sa présence; c'est la teneur de cette logorrhée qu'on doit analyser chaque fois, et c'est au moyen de cette méthode seule que nous pouvons, par exemple, distinguer la logorrhée d'un maniaque dépressif avec phénomène de la « fuite des idées », de celle d'un dément précoce avec phénomène de la « désintégration des associations ». L'application de cette méthode à l'étude des aphasies nous permet de reconnaître un état assez caractéristique de la vie émotionnelle et intellectuelle de ces malades. Nous retrouvons ces mêmes traits chez le malade suivant.

OBSERVATION II. — Moïse A..., âgé de 35 ans. Dans la suite d'une embolie se présentèrent les phénomènes aphasiques sans hémiplégie motrice : aphasie dite sensorielle, paraphasie littérale peu marquée, paragraphie, alexie (l'écriture copiée est d'ailleurs possible), logorrhée prononcée. L'autopsie révéla deux foyers de ramollissement siégeant symétriquement dans les parties postérieures de F¹ dans chaque hémisphère.

L'état mental de Moïse A... est très semblable à celui du premier malade. A... s'humilie toujours, il sourit d'un sourire figé, il demande toujours pardon, il prie de le laisser retourner chez lui; il raconte tout le temps ses affaires de famille et de ses petits enfants, qu'il nomme en diminutif; il remercie tout le monde qui l'entoure, avoue qu'il est maintenant — grâce à Dieu — bien portant, qu'il voudrait bien revenir chez lui, car il a laissé à la maison ses petits enfants, etc. Il essaye de se mettre à genoux devant le médecin. Il est anxieux, pleurnicheur, émotif; il parle beaucoup, sans rien entendre. On note un contraste manifeste entre sa loquacité et son air de ne vouloir déranger personne, de s'humilier et de s'excuser sans motif quelconque.

Dans ce cas nous savons comment s'était établi cet état particulier. Avant la maladie, A... n'avait jamais eu ce caractère spécial : il était émotif, pleurait parfois, était minutieux, scrupuleux et avare, mais n'était nullement sentimental, maltraitait sa femme; on note sa ponctualité, sa tendance extrême vers la pureté, etc., — ces derniers traits étaient disparus au cours de l'aphasie. On note qu'après l'ictus il commença à plaindre tout le temps ses enfants sans motif quelconque, alors que les événements réels de son entourage (l'accouchement de sa femme) le laissent tout à fait indifférent.

Cette histoire de la maladie d'A... nous donne donc une preuve de plus que

l'état décrit n'est nullement le caractère personnel des malades étudiés. En réalité ils ont perdu les traits individuels de leur personnalité. Ils ont subi un véritable « changement de leur personnalité », — fait dont nous connaissons plusieurs analogues en médecine mentale (caractère des épileptiques, des paralytiques généraux, des alcooliques, etc.). Ce changement de la personnalité est parfois si manifeste et typique que dans l'observation suivante, où la paraphrasie du langage spontané était minime, ce fut surtout cet état mental particulier qui nous fit examiner plus minutieusement l'état de la parole; nous y avons trouvé des phénomènes aphasiques indéniables, malgré leur apparition presque exclusive dans la désignation des objets présentés, ou dans la répétition de mots inconnus.

OBSERVATION III. — Dimitri K..., âgé de 44 ans. A la suite de deux ictus, il présente une ataxie légère, avec astéréognosie et tremblement de la main gauche, et un syndrome aphasique; logorrhée, paraphrasie littérale se manifestant surtout pendant la dénomination des objets, conservation de la parole répétée (s'il s'agit de mots connus; à l'égard des mots inconnus, il présente également la répétition paraphasique); toutes les questions sont assez bien comprises. Souvent il doit répéter, consécutivement quelquefois, les premières syllabes.

Le malade est agité, inintelligible, quand on l'examine ou quand on parle avec lui. Il garde plusieurs heures son air nonchalant et apathique lorsqu'on le laisse tranquille. La teneur de sa logorrhée est aussi constante que possible. On peut dire au malade tout ce qu'on veut; il répond assez exactement, il répète souvent sa réponse d'une manière stéréotypée ou en la changeant un peu, ensuite il revient de nouveau aux sujets principaux de sa logorrhée, dont il raconte les détails avec les mêmes phrases et locutions. Il raconte les détails de sa maladie, redoute son sort ultérieur, craint son entourage à l'asile, remercie le médecin des bains, remercie Dieu de ce qu'il se porte maintenant beaucoup mieux (ce qui ne correspond guère à la réalité), se soucie de sa famille, de ses pauvres petits enfants. Il dit toujours « Dieu merci », il remercie tout le monde, fait le signe de la croix, s'excuse et garde son sourire figé et honteux. Il s'humilie et est en même temps sentimental et pleurnicheur. En outre, K... est un peu dément dans le sens ordinaire du mot : il ne comprend pas sa propre situation; à l'asile, il a peur des voleurs et des assassins; il présente parfois quelques idées délirantes vagues et non systématisées.

C'est donc le même tableau que nous avons observé chez Nicolas B... et Moïse A... Il est difficile de le définir exactement. Sans doute, il s'agit d'un état émotionnel particulier, et nous pensons que si nos malades reviennent toujours à ces sujets stéréotypés qui les occupent le plus, c'est l'effet de leur humeur spéciale, d'un état affectif prolongé, qu'on pourrait nommer la *sentimentalité larvante*. Tout leur maintien, leur manière de s'humilier, de s'excuser, de remercier le médecin, etc., révèle cette affectivité spéciale dont nous avons tracé quelques traits particuliers.

Cette observation montre, en outre, que ce trouble psychique peut se produire hors de tous les phénomènes de l'aphasie sensorielle. Donc, ce n'est pas un état psychique lié obligatoirement à la surdité verbale. Il n'est pas obligatoirement lié à la paraphrasie, ce que montre l'observation suivante :

OBSERVATION IV. — Ivan K..., âgé de 80 ans. Pas d'hémiplégie. Une logorrhée manifeste. Absence des phénomènes paraphasiques. Répétition des mots impossible. Surdité verbale très marquée, le malade ne comprenant pas les phrases les plus simples. La compréhension auditive devient, au cours de l'observation, un peu meilleure, l'état général et la logorrhée restent les mêmes. Les caractères principaux de sa logorrhée sont très semblables au tableau cité ci-dessus. Ce sont des lamentations multiples, des « oh mon Dieu, mon Dieu », des prières, mille remerciements, des soucis des affaires de la famille et de ses enfants, des assertions sur sa santé qui va mieux. Le malade s'humilie souvent d'une manière stéréotypée : « Je ne suis pas un grand homme, je vous

remercie de me laisser m'asseoir; » il est expansif et affectueux; en même temps, il se désigne comme un honnête homme, un bon travailleur qui est toujours modeste et doux, etc.

A ces quelques observations résumées, je peux en ajouter une autre, publiée autrefois dans mon article avec M. RESNIKOFT, dans la *Zeitschrift f. die ges. Neurologie* (1).

OBSERVATION V. — Ephrem J..., porteur d'un traumatisme ancien du crâne dans la région du *gyrus angularis* gauche, présentait une légère hémiparésie et hémiaxie droites, une hémianopsie homolatérale droite, astéréognosie de la main droite et un syndrome aphasique qui consistait en une logorrhée, une paraphasie verbale et littérale de la parole spontanée, ainsi que de la parole répétée, avec tendance nette vers la persévération; pas trace d'aphasie sensorielle, sauf la non-compréhension isolée des noms de couleurs, ce que j'ai appelé dans un article ultérieur (2) : « la surdité verbale chromatoptique ». Or, Ephrem J... présentait d'une façon des plus nettes ce changement caractéristique de la personnalité. Il était émotif, il pleurait et riait pour rien, il était ordinairement débonnaire, comme honteux et sentimental; il présentait des excuses et des remerciements de toutes sortes; son attention était souvent « polarisée » sur ses affaires de famille, sa maladie, etc. Ne nous occupant pas encore alors de l'analyse exacte de la teneur de la logorrhée des aphasiques, nous n'avons pas pris de sténographies assez longues de sa parole, mais tout de même on y peut facilement trouver les traits déjà connus du changement susdit de la personnalité.

Conclusions. — On observe parfois chez les malades aphasiques un changement typique de la personnalité, qui les rend — en ce qui concerne leur caractère et leur humeur — très semblables les uns aux autres. Ce changement consiste en un état permanent et très spécial de la vie affective, que nous proposons de nommer : « le syndrome de la sentimentalité larmoyante des aphasiques ». Un sourire honteux, une inquiétude, un embarras, des prières, des demandes de pardon et surtout des expressions de reconnaissance absurdes; une humilité particulière; une tendance de saluer le médecin, de lui baiser les mains, de faire le signe de la croix et même de se mettre à genoux; des soucis sentimentaux envers sa famille et ses enfants avec une tendance manifeste de parler en diminutifs; des pensées et des soucis à l'égard de sa propre santé, et un optimisme parfois absurde en ce qui concerne ces sujets; des « Dieu merci » persévérants; humeur larmoyante et pleurnicheuse; tout l'aspect douxereux et fade de ces malades et une persévération manifeste avec laquelle, lorsqu'on les laisse suivre leurs idées, ils tournent à chaque fois la conversation vers ces sujets monotones et toujours les mêmes, — telles sont les manifestations de ce changement de la personnalité. On peut observer cet état de la « sentimentalité larmoyante » au cours d'une surdité verbale prononcée (*obs. I, II, IV*), en présence d'une surdité verbale chromatoptique seulement (*obs. V*), ou enfin sans qu'il y ait trace manifeste de l'aphasie sensorielle (*obs. III*); dans la paraphasie (*obs. I, II, III et V*), comme dans les aphasies non paraphasiques (*obs. IV*). Cet état psychique peut s'installer brusquement (*obs. III*) à la suite d'un ictus à conséquences aphasiques; il ne dépend pas de l'âge des malades et ne doit nullement être confondu avec le changement sénile de la personnalité (Moïse A... étant âgé de 35 ans; Ephrem J... de 38 ans). Toujours, lorsque nous avons pu constater cet état psychique, il est demeuré stationnaire. Toujours il s'accompagnait d'une logorrhée prononcée. Mais la logorrhée des aphasiques n'est pas obligatoirement associée à cet état mental. Ainsi, nous avons observé quelques malades nettement logorrhéiques (deux malades atteints de l'aphasie de Wernicke, un cas de la maladie d'Alzheimer, un cas de l'aphasie totale, etc.) qui

(1) 1914, Bd IV, n° 5. *Aussfallsymptome nach Läsion d. linken Gyrus angularis u. s. w.*

(2) *L'Encéphale*, 1912, n° 8.

ne présentait guère le syndrome de la sentimentalité larmoyante. Nous ne pouvons pas encore dire si cet état spécial peut se produire hors de la logorrhée. Certes, la logorrhée facilite beaucoup la constatation du trouble en question, car la parole spontanée pauvre ou oligophasique ne nous donne pas de moyens pour pénétrer de plus près dans la vie intime et dans les intérêts et soucis de nos malades. Enfin nous devons noter que jamais nous n'avons trouvé ce changement de la personnalité chez d'autres malades, porteurs de foyers organiques du cerveau, mais ne présentant pas de syndrome aphasique.

Je crois que le tableau tracé dans les quelques lignes ci-dessus n'est pas rare à observer, et tout neurologue s'occupant d'étudier des aphasiques doit le reconnaître assez bien. La seule raison pour laquelle j'ai attiré ici l'attention sur cette particularité clinique consiste en ceci : c'est que, ni dans les grands traités sur l'aphasie, ni dans les mémoires spéciaux concernant l'état mental des aphasiques, je n'avais trouvé décrite cette altération psychique, d'ailleurs très nette et assez caractéristique pour l'aphasie.

ANALYSES

NEUROLOGIE

ÉTUDES GÉNÉRALES

BIBLIOGRAPHIE

- 4012) **L'Image mentale et les Réflexes conditionnels dans les Travaux de Pavlow**, par MARCELLE DONTCHEFF-DEZEUZE. Préface de M. G. Bohn. Un volume in-16 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Félix Alcan, édit., 1914.

Ce livre s'adresse à la fois à ceux qui pratiquent l'analyse physico-chimique des phénomènes de la vie et à ceux qui dissertent sur les états psychiques des animaux et de l'homme.

L'auteur, qui a pu consulter dans le texte original tous les documents sortis des laboratoires de Saint-Petersbourg, expose les travaux des élèves de Pavlow ; elle discute la valeur des méthodes nouvelles et elle insiste sur les résultats les mieux établis et sur les faits les plus susceptibles de généralisation.

Les physiologistes trouveront donc dans son livre des indications précieuses. Quant aux psychologues, ils liront avec intérêt et curiosité la partie de l'ouvrage où l'auteur, faisant appel aux données fournies par les méthodes d'introspection, discute les causes psychiques du réflexe conditionnel. Pour l'auteur, les travaux de l'école russe attestent l'existence, si souvent discutée, de l'image mentale. Ce livre provoquera peut-être des discussions nouvelles et par là même prouvera son utilité. R.

SÉMIOLOGIE

- 4013) **Réflexes d'Automatisme Médullaire et Réflexes dits « de Défense » : le Phénomène des Raccourcisseurs**, par P. MARIE et FOIX. *Semaine médicale*, an XXXIII, n° 43, p. 505-508, 22 octobre 1913.

Il existe dans la série animale un automatisme médullaire qui permet à la moelle isolée d'accomplir par elle seule des mouvements coordonnés et, en apparence, adaptés. Cet automatisme, latent dans les espèces supérieures tant que la moelle demeure sous l'influence du cerveau, redevient évident dès qu'elle se trouve libérée de cette influence par le fait d'une lésion pathologique ou expérimentale. On observe, en effet, assez fréquemment, chez les sujets paraplégiques ou hémiparaplégiques, des mouvements réflexes, parfois évidents, mais qu'il faut, dans d'autres cas, rechercher minutieusement et par des techniques spéciales. Ces mouvements sont à la fois complexes et coordonnés ; ils constituent, précisément, l'expression de l'automatisme de la moelle libérée.

On peut, en ce qui concerne les membres inférieurs ramener l'ensemble de ces réflexes à trois phénomènes principaux : le phénomène des raccourcisseurs, le phénomène des allongeurs, et les réflexes d'allongement croisé.

Les auteurs indiquent les manières d'obtenir ces phénomènes; ils en décrivent les détails et les variétés, insistant sur leur complexité; le phénomène des raccourcisseurs, qui résulte de l'entrée en action d'un grand nombre de muscles comporte, en outre, l'inhibition des allongeurs. Inversement, les phénomènes des allongeurs comportent l'inhibition des raccourcisseurs.

Les phénomènes des raccourcisseurs et des allongeurs subsistent au cas de section complète de la moelle; ceci signifie que, non seulement chez l'animal, mais encore chez l'homme, le fonctionnement automatique de la moelle libérée suffit à la production de ces réflexes. Le terme de « réflexes d'automatisme médullaire » ne comporte donc en lui-même aucune hypothèse, mais constate un fait.

Reste à interpréter la pathogénie de ces réflexes. Les auteurs rappellent les expériences de Sherrington et les phénomènes de flexion d'un membre, d'extension croisée et de marche rythmée présentés par le chien spinal. Ils montrent que le terme de mouvements réflexes de défense, appliqué aux phénomènes qu'ils étudient, est impropre. La solution du problème de la nature de ces réflexes réside pour eux dans l'analogie que l'on constate entre les phénomènes pathologiques chez l'homme et les phénomènes expérimentaux chez le chien.

Chez le chien, ces mouvements constituent l'expression de l'automatisme de la moelle libérée, exerçant sa fonction coutumière, c'est-à-dire la marche. Entre le réflexe complet de marche rythmique et les réflexes plus simples, l'intermédiaire est fourni par le réflexe d'extension croisé comportant l'allongement d'un membre pendant le raccourcissement de l'autre, c'est-à-dire l'attitude même de la marche. Or, ce réflexe d'extension croisée existe de la façon la plus complète et la plus typique dans certains cas de paraplégie chez l'homme, constituant le réflexe d'allongement croisé du membre inférieur.

Ce mouvement, représentant en quelque sorte le seuil du mouvement automatique de marche, marque la véritable signification de ces phénomènes. Il s'agit, chez l'homme comme chez l'animal, de mouvements automatiques tendant à reproduire le fonctionnement du segment inférieur libéré de la moelle, c'est-à-dire l'automatisme de la marche.

MM. Marie et Foix ont réussi à compléter cette analogie en obtenant un réflexe rythmique du membre inférieur par le pincement large ou l'excitation électrique de la peau de la face interne de la cuisse. Pour l'obtenir il suffit, le membre étant allongé, d'exciter, par un pincement large ou par un courant à interruptions extrêmement rapides de façon à produire des excitations surtout sensibles, la peau de la face interne de la cuisse. On observe alors, dans quelques cas, un mouvement rythmique extrêmement régulier, dont la cadence est sensiblement égale à celle du pas normal et qui comporte un mouvement d'allongement, puis un mouvement de raccourcissements séparés par une pause.

Ce rythme reproduit exactement le rythme de la marche, qui comporte également, ainsi que l'a montré Marey, un temps d'arrêt, le membre étant allongé, égal au temps de mouvement alternatif.

Ainsi donc ces phénomènes réflexes tendent, chez l'homme à l'état pathologique, comme expérimentalement chez l'animal, à reproduire les mouvements de la marche. Ils sont dus au fonctionnement automatique de la moelle et ce sont bien là réellement des réflexes d'automatisme médullaire.

L'importance pratique de ces réflexes relève de la grande fréquence du phénomène des raccourcisseurs. Celui-ci s'observe, en effet, dans la grande majorité des cas de lésion du faisceau pyramidal. Il se produit de façon précoce, un

quart d'heure, une demi-heure après l'ictus, et d'une façon générale partage la fortune du signe de Babinski. La raison de cette coïncidence paraît fort simple, puisque l'on admet que le signe de Babinski et le phénomène des raccourcisseurs appartiennent à la même classe de phénomènes réflexes.

La recherche des réflexes d'automatisme médullaire peut rendre de grands services en clinique. L'étude de leur pathogénie n'est pas moins importante, car elle apporte une liaison entre des faits qui paraissent isolés ou même incompréhensibles et disparates. En ramenant à cet automatisme tout le grand groupe des réflexes sensitivo-moteurs, et en reliant du même coup la pathologie humaine à la physiologie expérimentale, cette étude éclaire d'un jour nouveau les problèmes complexes de la réflexivité et des contractures, dont la solution apparaît encore aujourd'hui tellement lointaine et difficile.

E. FEINDEL.

1014) Contribution à l'Étude physiologique des Réflexes chez l'homme. Les Réflexes d'Automatisme médullaire. Le Phénomène des Raccourcisseurs, par ANDRÉ STROHL. *Thèse de Paris*, G. Steinheil, édit., 1913, et *Presse médicale*, 11 mars 1914, p. 193.

Les sujets porteurs d'une altération destructive des cordons de la moelle présentent, fréquemment, des mouvements réflexes que l'on évoque par excitation soit de la sensibilité superficielle cutanée, soit de la sensibilité profonde ostéo-articulaire. Ces réflexes sont les manifestations de l'activité de la moelle libérée. Ils méritent donc bien le nom de mouvements d'automatisme médullaire.

Le type le plus ordinaire en est la flexion totale du membre inférieur excité, ou *réflexe des raccourcisseurs*. En outre, on peut, avec des manœuvres appropriées, provoquer un phénomène inverse, le *réflexe des allongeurs*; une combinaison des deux constitue le *réflexe d'allongement croisé*. Ces mouvements mettent en jeu un nombre considérable de muscles, dont certains se relâchent par inhibition, donnant au mouvement une complexité et une coordination qu'on ne retrouve pas dans les autres réflexes cutanés.

L'interprétation suivant laquelle ils seraient des réactions défensives de l'organisme contre un agent vulnérant doit être rejetée pour les raisons suivantes : 1° les mouvements ne se produisent pas seulement à la suite d'une irritation nocive, mais, parfois, par des excitations lointaines, sans caractère douloureux, ou même ils accompagnent l'exécution de fonctions naturelles; 2° ils n'ont pas toujours, comme résultat, de fuir l'excitation mais peuvent, parfois, rapprocher le membre de la cause irritative; 3° ils apparaissent à la suite de lésions du faisceau pyramidal, et il paraît illogique d'attribuer à la moelle, du fait même de son altération, un mécanisme approprié à la défense de l'organisme, qu'elle ne présente pas alors qu'elle est intacte.

La nature de ces réflexes s'éclaire, au contraire, si on les compare à ceux que présentent les chiens et les chats auxquels on a sectionné la moelle ou le mésencéphale. Ces mouvements ont été reconnus par Philipson et Sherrington pour être la manifestation d'un automatisme de marche, que développe la moelle libérée de ses connexions encéphaliques.

Cet automatisme de marche comprend comme éléments essentiels : 1° le *flexion-reflex*; 2° le *crossed-extension-reflex*; 3° le *mark-time reflex* de Goltz, ou le *stepping-reflex* de Sherrington.

Le premier de ces mouvements se retrouve dans le *réflexe des raccourcisseurs*;

le second dans le *réflexe d'extension croisée*. Le troisième n'a pu être réalisé, jusqu'ici, que d'un seul côté, sous la forme d'un réflexe alternatif rythmique, reconnu pour avoir les caractères morphologiques du mouvement du pas.

Le réflexe de Babinski, qui fait partie intégrante du *réflexe des raccourcisseurs*, doit être considéré comme étant la réaction minimale de l'automatisme de marche. Il accompagne, en effet, normalement la flexion de la jambe, dans le pas; d'autre part, il est provoqué par les mêmes modes de sensibilité que les autres réflexes d'automatisme médullaire, et, cliniquement, ces deux sortes de réflexes se retrouvent dans les mêmes cas pathologiques.

Le fait qu'il constitue le réflexe d'excitation minimale, et qu'il se substitue à un réflexe normal, de sens inverse, lui donne une valeur sémiologique à part.

En résumé, l'étude des réflexes d'automatisme médullaire permet de rattacher des faits isolés et incompréhensibles à la physiologie expérimentale, en montrant que les centres médullaires, qui retrouvent leur autonomie par altération des neurones d'association encéphalo-médullaires, développent un automatisme, lié directement au mouvement de la marche.

E. F.

1015) Les Idées actuelles sur la nature des Réflexes cutanés de Défense, par L. INGELRANS (de Lille). *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXVI, n° 136, p. 2157-2165, 29 novembre 1913.

Intéressante revue exposant les opinions et résumant les discussions sur les réflexes de défense, sur l'automatisme médullaire, sur les mouvements de raccourcissement et d'allongement, isolés ou alternatifs, des membres inférieurs.

L'auteur examine jusqu'à quel point le réflexe de Babinski appartient à l'automatisme de la marche, et il cherche à dégager la valeur diagnostique des réflexes de défense, dans la paraplégie spasmodique en flexion, au point de vue de l'état du faisceau pyramidal.

E. FEINDEL.

1016) De la Paralysie des Membres inférieurs avec exagération des Réflexes cutanés de Défense, par A. FAVORSKY. *Moniteur neurologique (russe)*, 1913, fasc. 3.

Les réflexes cutanés de défense, d'après l'auteur, ont une grande signification pour le diagnostic topographique.

SERGE SOUKHANOFF.

1017) Contribution à l'étude de l'état des Réflexes cutanés et tendineux dans la Maladie de Thomsen, par A.-M. KOJEVNIKOFF. *Moniteur neurologique (russe)*, fasc. 3, 1913.

L'auteur confirme, en partie, les observations de Souques et expose ses constatations.

SERGE SOUKHANOFF.

1018) Le Réflexe Oculo-cardiaque dans le Diagnostic de la nature des Bradycardies, par M. Lœper et A. MOUGEOT. *Société de Biologie*, 31 janvier 1914.

La valeur du réflexe oculo-cardiaque signalé par les auteurs s'affirme de jour en jour pour diagnostiquer la nature nerveuse fonctionnelle ou myocardique lésionnelle d'une bradycardie.

A condition qu'on ne se contente pas seulement d'observer les modifications de fréquence du rythme ventriculaire, mais aussi celles de l'amplitude du pouls et de la pression artérielle, c'est-à-dire qu'on étudie l'excitation du vague provoquée par la compression oculaire dans ses diverses modalités (inotrope négative).

tive, dépressive, aussi bien que chronotrope négative), on possède dans le R. O. C. un signe clinique de même valeur que l'épreuve de l'inhalation de nitrite d'amyle et supérieur à l'épreuve de l'atropine. Jamais l'action bathmotrope négative, si la vigueur d'exploration est modérée, n'a donné le moindre ennui.

Le réflexe oculo-cardiaque, convenablement recherché, n'est absent dans les bradycardies qu'en cas de lésion intracardiaque. A.

1019) La Suppression constante par l'Atropine du Réflexe Oculo-cardiaque, par A. MOUGEOT (de Royat). *Société de Biologie*, 31 janvier 1914.

Le sulfate d'atropine en injection sous-cutanée à la dose d'un demi à un milligramme atténue le R. O. C.; et à la dose d'un milligramme et demi chez la femme, de deux milligrammes chez l'homme, supprime toujours le R. O. C. Ce fait a lieu aussi bien chez les sujets normaux et chez les cardiaques à R. O. C. normal, que chez les dyspeptiques à R. O. C. normal ou exagéré. Ce fait se produit également chez les rares sujets qui réagissent à la compression des globes oculaires par une accélération du pouls (R. O. C. inversé, très probablement par inhibition des fibres vagales à l'action chronotrope négative, issues du centre cardio-modérateur du bulbe). Donc toujours le réflexe oculo-cardiaque emprunte le nerf pneumogastrique comme voie centrifuge. A.

1020) Le Réflexe Oculo-cardiaque en clinique (sa recherche et sa valeur sémiologique), par A. MOUGEOT (de Royat). *Soc. de Méd. de Paris*, 28 mars 1914.

Le réflexe oculo-cardiaque comprend toutes les modifications de la fréquence de la succussion et de l'énergie des contractions cardiaques provoquées dans un but diagnostique par la compression des globes oculaires. L'application de l'épreuve de l'atropine à l'étude du R. O. C. prouve que toutes ces modifications se produisent par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique. Le réflexe peut être inversé au point de vue chronotrope; il peut être dissocié lorsque l'effet chronotrope manque et que l'effet inotrope persiste. Dans son ensemble il est normal, aboli, ou exagéré. L'abolition du réflexe prouve que la voie vagale bulbo-cardiaque est interrompue soit au niveau des noyaux bulbaires, soit aux différents étages du parcours des fibres nerveuses. Il ne s'agit pas toujours de lésions anatomiques, mais quelquefois de méiopragie (souvent par imprégnation toxique) qu'une thérapeutique appropriée peut faire disparaître. L'exagération du réflexe est symptomatique d'hypervagotonie ou de lésions de la voie pyramidale dans son trajet sus-bulbaire. Parmi les infections chroniques, la tuberculose et surtout la syphilis modifient souvent l'état du réflexe; au contraire, les lésions myocardiques même avancées le laissent intact. L'atropine est le médicament vago-parésiant indiqué par l'exagération du R. O. C.; comme médication vago-excitante, l'ésérine est théoriquement indiquée, mais le plus souvent on recourt avec avantage à une médication étiologique contre la cause de l'abolition du R. O. C. A.

1021) Le Réflexe Oculo-cardiaque dans le Pouls alternant, par A. MOUGEOT (de Royat). *Société de Biologie*, 21 mars 1914.

L'alternance ventriculaire n'abolit pas le R. O. C.; elle indique la digitale.

L'excitation du nerf pneumogastrique par compression oculaire atténue souvent l'alternance; elle ne l'exagère qu'en favorisant l'apparition d'une extrasystole et pour un petit nombre des pulsations consécutives à l'extrasystole.

Le R. O. C. peut être, chez les malades présentant de l'alternance, aboli en raison de l'imprégnation toxique du bulbe, et la réapparition du R. O. C. marque une amélioration dans l'état du malade au point de vue de l'auto-intoxication urémique, obtenue grâce à la digitale et à la diète appropriée. A.

4022) Désorientation et Déséquilibre provoquées par le Courant Voltaïque, par J. BABINSKI. *Bull. de l'Académie de Médecine*, p. 341-344, 4 novembre 1913. *Bulletin médical*, p. 933, 5 novembre 1913.

Un sujet normal, dont les yeux sont fermés et que l'on soumet, pendant qu'il marche, à l'électrisation temporale, se déséquilibre, incline latéralement du côté de l'anode et change d'orientation en exécutant vers le même côté un mouvement de rotation progressif. C'est la déviation angulaire voltaïque. Si l'on répète l'épreuve aussitôt après l'ouverture du courant, on constate une nouvelle déviation en sens inverse de la première : c'est la contre-déviation voltaïque. En inversant le courant, on peut s'assurer qu'à l'état normal les déviations à gauche et à droite sont à peu près de même valeur.

La déviation dans la marche semble résulter de déviations élémentaires des divers segments du corps : tête, épaules, tronc, membres inférieurs.

Les mouvements provoqués par l'électrisation temporale obéissent tous à une même loi : l'inclination et la rotation de la tête, la déviation angulaire, les mouvements réactionnels élémentaires, la déviation conjuguée des yeux (premier temps du nystagmus) sont dirigés vers l'anode ou en sens inverse de la cathode. Les secousses rapides du nystagmus, les contre-déviations et les mouvements contre-réactionnels sont dirigés dans le sens opposé. Ces épreuves voltaïques fournissent, à l'état normal, des résultats en tous points comparables à ceux qui sont donnés par les épreuves giratoires ou caloriques.

A l'état pathologique, deux modalités principales sont à considérer : la résistance à l'action du courant et l'unilatéralité ou la prédominance des réactions d'un côté.

La résistance est un symptôme de subexcitabilité bilatérale de l'appareil vestibulaire ; il correspond généralement à l'affaiblissement des fonctions labyrinthiques par sclérose, syphilis ou traumatisme. Cette résistance se traduit par l'affaiblissement ou l'absence des mouvements réactionnels élémentaires et du nystagmus. Elle se manifeste encore par ce fait que le passage du courant ne provoque ni désorientation, ni déséquilibre pendant la marche.

Quand les lésions de l'appareil vestibulaire sont unilatérales ou prédominent d'un côté, les mouvements réactionnels élémentaires et la déviation angulaire deviennent en quelque sorte symétriques ; il en est de même des mouvements élémentaires contre-réactionnels et de la contre-déviation. On peut dire, d'une manière générale, qu'en pareil cas ces divers mouvements s'effectuent exclusivement ou prédominent d'un côté de la lésion ou du côté le plus atteint. Cette réaction, d'une grande sensibilité, permet de reconnaître des troubles vestibulaires très légers.

La recherche de la déséquilibre et de la désorientation voltaïque doit être pratiquée systématiquement toutes les fois qu'il sera possible d'y avoir recours. Elle décèle parfois des perturbations du labyrinthe non acoustique qui, sans cette épreuve, auraient été méconnues. Dans l'étude des affections de l'appareil vestibulaire, elle apporte des éléments d'appréciation qui viennent s'ajouter aux données, d'ailleurs fort précieuses, fournies par les autres modes d'exploration.

E. FRINDEL.

1023) **Nouveau Symptôme objectif spécifique chez les Névropathes**, par FRANCESCO PANCRAZIO (de Padoue). *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, an XXXIV, n° 142, p. 1487, 27 novembre 1913.

Le phénomène consiste en ceci : lorsque le malade est prié de tirer la langue, il la sort de telle façon que l'observateur voit nettement toute l'arrière-bouche; ceci ne se produit pas ordinairement chez les sujets normaux; pour examiner leur arrière-bouche, il ne suffit pas de leur faire tirer la langue, mais il faut encore exercer sur le dos de l'organe une pression avec l'abaisse-langue.

Cette particularité est due à ce que les névropathes qui la présentent sont habitués à regarder leur langue plusieurs fois dans la journée, à l'étudier pour ainsi dire, afin d'en déduire des idées plus ou moins exactes touchant leur santé et surtout l'état de leur appareil digestif. Pour voir leur langue, ils ne se contentent pas d'en examiner la pointe; ils ouvrent la bouche d'une façon démesurée, s'efforcent d'examiner la plus grande partie de cet organe; quelques-uns même s'aident du doigt. Cette opération se répète le matin, avant et après les repas; du fait de la répétition de cet exercice, le curieux de sa langue arrive bientôt à ses fins; il voit bien et il voit loin.

Lorsque le médecin voit tout le fond de la cavité buccale derrière la langue tirée avec une énergie anormale, il se trouve averti des habitudes du malade et de ses préoccupations concernant sa santé.

Le symptôme se constate chez l'homme et chez la femme, mais plus souvent chez l'homme; il ne faut pas un très long temps d'exercice pour arriver à tirer la langue assez fort pour découvrir l'arrière-bouche. L'auteur a eu l'occasion d'examiner des malades n'ayant pas contracté l'habitude de s'examiner la langue depuis plus de deux mois; un examen antérieur n'avait rien fait découvrir d'anormal. Par contre, jamais le phénomène ne disparaît : l'état névropathique peut guérir, l'habitude de se regarder la langue peut s'effacer, mais la découverte de l'arrière-bouche dans l'acte de tirer la langue reste entière. Ceci prouve qu'il s'est établi dans l'organe quelque modification anatomique. Francesco Pancrazio a constaté le symptôme chez des hystériques, chez des neurasthéniques, chez des individus à caractère épileptique, chez des nerveux simples; chez ces derniers, le signe est si fréquent qu'il permettrait presque à lui seul de faire le diagnostic. Mais il faut assigner au phénomène de la langue tirée une signification d'ordre général bien plus qu'une signification spéciale en rapport avec une forme morbide déterminée; on dira simplement qu'il s'agit d'un phénomène objectif spécifique constatable chez les névropathes.

F. DELENI.

PSYCHIATRIE

ÉTUDES GÉNÉRALES

BIBLIOGRAPHIE

1024) **Traité de Psychiatrie Médico-légale** (Lehrbuch der forensischen Psychiatrie), par le professeur HÜBNER (de Bonn). (Marcus et Weber, Bonn, 1914, 1060 pages.)

Semblable ouvrage ne peut se résumer; on le consulte, on le lit. Ce traité est remarquablement ordonné et a pour nous l'avantage de donner les textes des codes allemands qui nous sont peu accessibles.

Après une introduction psychologique destinée à fixer le vocabulaire autant pour les médecins que pour les juristes, Hübner donne une symptomatologie générale, puis étudie le code pénal, le code de procédure pénale, le code militaire, le code administratif, le code civil, les assurances.

La seconde partie constitue la psychiatrie spéciale où toutes les affections mentales et nerveuses sont étudiées. Noter que l'auteur décrit à part la manie, la mélancolie et la folie circulaire. Le chapitre de l'hystérie est particulièrement développé. Il décrit à part la paranoïa chronique. Noter un chapitre sur la folie tropicale (Tropenkoller). Le chapitre des psychoses traumatiques est volontairement écourté, mais on y trouvera une importante bibliographie.

Nous ne pouvons pas faire ici une énumération. Relevons, cependant, quelques points, secondaires d'ailleurs. Hübner admet que le médecin légiste est autorisé à donner de l'alcool de façon à produire l'ivresse dans le cas où celle-ci est invoquée comme excuse d'un acte criminel, et que, si le résultat négatif n'a pas de valeur, un résultat positif peut éviter une condamnation imméritée.

Le chapitre sur la responsabilité est intéressant. Hübner admet la responsabilité limitée, mais non la responsabilité partielle (au sens de Ziehen).

Cet ouvrage repose sur une vaste expérience personnelle; les rapports médico-légaux intéressants y abondent et tous les problèmes y sont clairement exposés. Il est bien documenté, mais on peut y regretter l'ignorance à peu près complète des travaux français qui ont fondé la médecine légale.

M. TRÉNEL.

1025) **La Psychophysiologie de Gall, ses Idées directrices**, par CHARLES BLONDEL. Un volume de 166 pages. Alcan, édit., Paris, 1914.

L'œuvre de Gall a traversé des fortunes diverses. Accueillie d'abord avec réserve, elle eut bientôt presque autant de partisans que de détracteurs, suscita de vives polémiques, puis faillit sombrer tout entière sous les ironies coalisées des ignorants et des savants.

Les idées directrices de Gall? Qui les soupçonne, même aujourd'hui? Son nom demeure attaché à un mot, — la phrénologie, — système qu'on s'accorde à considérer comme entièrement artificiel, pour ne pas dire fantaisiste. Telle fut, telle est encore l'opinion la plus générale sur Gall et son œuvre.

Quelques rares savants, conduits par leurs études à approfondir davantage les travaux de Gall, ont cependant reconnu en lui un véritable précurseur. « Il eut, dit Broca, l'incontestable mérite de proclamer le grand principe des localisations cérébrales, qui a été, on peut le dire, le point de départ de toutes les découvertes de notre siècle sur la physiologie de l'encéphale. » Ce fut aussi, avec quelques variantes, l'opinion de Gratiolet et, plus récemment, celle de Möbius. De son côté, Auguste Comte reconnaît en Gall le véritable fondateur de la psychologie positive. Bref, tous ceux qui ont porté un jugement digne de l'être, non d'après sa réputation banale, mais pour avoir lu ses œuvres, sont d'accord pour faire dans celles-ci deux parts : l'une, craniologique, dont la valeur scientifique contestable lui a valu à la fois son succès et son discrédit; l'autre, psychophysiologique, la moins connue sans doute, mais vraiment digne de l'être.

C'est à tirer de l'oubli la psychophysiologie de Gall que s'est attaché M. Charles Blondel. Dans le livre, patiemment documenté et élégamment écrit, qu'il vient de consacrer à cette exégèse, on va de surprise en surprise. Le père de la phrénologie, dont le nom provoque encore parfois le sourire, apparaît

successivement comme un anatomiste érudit, comme un physiologiste ingénieux, comme un très moderne psychologue. Il admet formellement la spécificité des organes, celle des nerfs en particulier. Et il n'est pas seulement le précurseur de la physiologie cérébrale, ainsi que le reconnaît Broca ; mais « c'est ce grand anatomiste qui a le premier posé comme un postulat physiologique la pluralité des mémoires ».

On lira avec un vif intérêt les chapitres où M. Charles Blondel résume les idées de Gall sur l'activité mentale et le cerveau, sur la pluralité des organes cérébraux, sur la représentation anatomo-physiologique, dont il semble avoir prévu toutes les conséquences, enfin sa théorie des facultés et de la connaissance, qui surprendront plus d'un philosophe.

Le titre même de l'ouvrage principal de Gall : *Anatomie et physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier*, etc., tombé dans un injuste oubli, ne peut manquer de retenir l'attention des neurologistes. Les commentaires de M. Charles Blondel sont à la fois la meilleure synthèse et la meilleure analyse d'une œuvre méconnue, qu'il a eu le très grand mérite de tirer du discrédit.

HENRY MEIGE.

PSYCHOLOGIE

4026) **Émotion et Hystérie**, par J. BABINSKI et JEAN DAGNAN-BOUVERET.
Journal de Psychologie, an IX, n° 2, p. 97-146, mars-avril 1912.

Un sujet, frappé par un événement qui l'émeut profondément, présente des phénomènes subjectifs et des symptômes organiques. Les premiers sont constitués par un ensemble de représentations, d'idées, d'images, de souvenirs, de sentiments, de sensations, de besoins ; les seconds sont des perturbations des appareils de la vie organique (troubles de la respiration, de la circulation, de la sécrétion glandulaire, etc.), des mouvements expressifs (mimique, gestes), des phénomènes moteurs divers (dérobement des jambes, tremblement, etc.).

Limitée à ces phénomènes affectifs et moteurs qui succèdent immédiatement à un traumatisme moral, l'émotion est nécessairement un état de courte durée ; c'est une réaction automatique, réflexe, du sujet atteint par un événement subit ; elle cesse, faisant place à un état bien différent, dès qu'intervient la réflexion, dès que commence la période secondaire d'adaptation consciente et déjà volontaire.

L'émotion se définit donc : une modification brusque de l'affectivité se produisant sous l'influence d'une représentation soudaine et qui rompt, pour un temps assez court, l'équilibre physiologique et l'équilibre psychique.

Constituée non seulement par un état de conscience, mais par des phénomènes organiques, on conçoit que l'émotion se trouve à l'origine de maint état morbide. L'hypertension peut causer l'hémorragie cérébrale chez les sujets dont les artères ont perdu leur souplesse, l'ictère émotif est de notion courante, etc.

Mais la question à résoudre est de savoir si l'émotion a un rôle dans la genèse des phénomènes hystériques. Dépouillée des erreurs de diagnostic et des faits de simulation qui l'avaient indûment enrichie, l'hystérie des auteurs classiques réunit encore des phénomènes différents les uns des autres. Ce sont des crises convulsives, des paralysies, des contractures variées, des tremblements, des

mouvements choréiques parfois irréguliers, mais généralement rythmés, des troubles de la phonation, de la respiration, des altérations de la sensibilité se manifestant par de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie, des troubles sensoriels divers. Tous ces accidents peuvent être reproduits par la suggestion expérimentale, de telle sorte que rien ne les distingue des accidents survenus spontanément, et ils sont tous curables par la contre-suggestion. Ils peuvent aussi être reproduits d'une manière parfaite par la simulation volontaire.

La possibilité d'être reproduits par la suggestion seule constitue un des attributs des accidents hystériques ; cela ne veut pas dire que la suggestion doive nécessairement intervenir dans leur genèse. Il faut se demander si d'autres agents, l'émotion en particulier, peut engendrer des accidents hystériques.

Pour déterminer le rôle étiologique de l'émotion, les méthodes de l'interrogatoire sont insuffisantes et la *rétrospection* induit en erreur. Il faut procéder par *prospection* ; celle-ci consiste, étant donnée la présence ou l'absence de certaines conditions propres au développement d'accidents nerveux, à se mettre en quête des troubles hystériques.

Une première catégorie de faits est constituée par des accidents frappant à la fois un grand nombre de personnes, tels que les accidents de chemins de fer, les tremblements de terre. Or, parmi les médecins qui ont assisté à des accidents de chemins de fer et soigné les blessés, il n'en est pas qui aient observé des crises, des paraplégies ou d'autres accidents hystériques. Les renseignements communiqués par Neri (de Bologne), dont les investigations ont porté sur plus de 2 000 rescapés à la catastrophe de Messine, sont démonstratifs à cet égard ; il n'a pas constaté un seul cas d'hémianesthésie, de paralysie ou de contracture hystérique caractérisée.

Les enquêtes poursuivies auprès des personnes que leur profession met en rapport quotidien avec des sujets frappés d'une vive émotion ont également donné des résultats négatifs. Parmi ces personnes, il en est peu à qui il soit donné d'observer d'une façon plus habituelle et plus fréquente des émotions violentes et sincères que les garçons préposés dans les hôpitaux à la garde des morts. Il est incontestable, en effet, que la reconnaissance des morts par les parents est propre à déterminer chez eux une émotion profonde que le milieu où elle s'effectue doit accentuer encore. Or, le garçon d'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Malades, celui de la Salpêtrière, qui occupent leur poste depuis dix-huit et vingt-cinq ans, n'ont jamais vu éclater, au moment des reconnaissances des cadavres, de crise d'hystérie.

Ainsi, l'émotion seule, quelle que soit son intensité, n'engendre pas de troubles hystériques. On peut même dire que si les émotions, en affaiblissant le sens critique, peuvent préparer l'esprit à la suggestion, elles l'excluent sur le moment et, lorsqu'elles sont intenses, empêchent le développement des phénomènes pithiatiques ; c'est pour ce motif que les émotions violentes les font disparaître ; quand une émotion sincère, profonde, secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie.

Si, d'autre part, les troubles hystériques étaient en relation étroite avec l'émotion, leur gravité devrait varier avec l'intensité de la cause, et les émotions les plus vives devraient être les plus fréquemment retrouvées dans les antécédents des malades atteints d'accidents hystériques, et ces accidents d'autant plus marqués et d'autant plus tenaces et résistants au traitement psychothérapique que l'émotion a été plus profonde. Or, il n'en est rien ; les crises, les paralysies, les contractures, les hémianesthésies n'apparaissent pas dans les

circonstances les plus graves, les plus douloureuses, où l'émotion doit atteindre son plus haut degré d'intensité.

La grande différence, l'opposition existant entre l'état mental d'une hystérique suggestionnée ou auto-suggestionnée, et celui d'un sujet frappé par un grand traumatisme moral, expliquent l'absence des accidents hystériques et l'impossibilité de leur persistance dans les circonstances les plus propres à manifester l'émotion dans toute son intensité.

En fait, on observe fréquemment des accidents hystériques que les malades ou leur entourage disent être apparus à la suite de certaines émotions, en rapport, le plus souvent, avec les causes les plus futiles. C'est ainsi qu'à l'occasion d'une simple contrariété on voit des individus, par exemple des enfants réprimandés par leurs parents, une femme au cours de discussions avec son mari, présenter des troubles variés, des cris, des contorsions, des contractures, accompagnés parfois de délire, de perte de conscience apparente, etc., phénomènes dont l'ensemble constitue une forme de « crise hystérique » et à la suite desquels peuvent persister plus ou moins longtemps des accidents, tels que des paralysies hystériques, de la chorée rythmée, etc.

Dans ces cas qui concernent exclusivement l'hystérie, ces accidents se développent au milieu de circonstances où le malade a intérêt à extérioriser ses sentiments d'une manière particulièrement saisissante et dramatique. Dans une grande catastrophe, où l'émotion très vive ne permettra pas à la suggestion d'entrer en jeu, l'hystérique ne présentera pas de crise, mais elle en pourra présenter au cours d'une discussion familiale, où elle aura tout intérêt à paraître profondément blessée pour impressionner son entourage. Sans doute, l'émotion vraie peut exister ici, mais elle doit toujours être tenue en suspicion et en tout cas on doit supposer que d'autres états d'âme peuvent intervenir. Et même, si dans bien des cas il n'apparaît pas que l'hystérique ait un véritable intérêt à réagir d'une manière exceptionnelle et dramatique, il faut tenir compte de la mentalité de ces sujets, de leur tendance fréquente à la mythomanie, de leur désir spontané, désintéressé d'étonner, et enfin, dans bien des cas, du besoin qu'ils ont d'exagérer l'expression de leurs sentiments, pour s'illusionner eux-mêmes.

Comme l'acteur qui joue un rôle, l'hystérique développe en quelque sorte un thème donné par la suggestion et l'auto-suggestion ; comme l'acteur enfin qui, pris par son rôle, se met à la place du personnage qu'il représente, éprouve ses sentiments, ses émotions, vit réellement de sa vie, l'hystérique se prend à son propre jeu, et il devient difficile de démêler ce qu'il y a dans une crise de voulu et d'involontaire, d'imité ou de spontané. Aussi, lorsqu'on parle de demi-simulation ou de demi-sincérité pour désigner des états complexes et obscurs, ne s'agit-il pas de nier la réalité des accidents hystériques, mais de marquer à la fois ce qui les sépare de la pure simulation et de l'état d'esprit tout différent d'un malade atteint d'un trouble organique du système nerveux, ou d'un aliéné, d'un hypocondriaque, même d'un neurasthénique.

En somme, l'émotion (émotion-choc) ne peut par elle-même provoquer l'apparition d'accidents hystériques ; elle s'oppose même à leur développement et à leur persistance ; ces accidents, pour apparaître, ont besoin de l'intervention d'une idée suggérée, soutenue, il est vrai, par des états affectifs systématisés ; les accidents hystériques ne sont que l'expression de cette idée.

E. FREINDEL.

1027) **De la Psychothérapie**, par BERNHEIM (de Nancy). *Le Bulletin médical*, p. 1075-1080, 10 décembre 1913.

L'auteur cite une série d'observations qui permettent de suivre, dans des circonstances diverses, les effets de la psychothérapie. Affirmation simple, persuasion par le raisonnement et l'émotivité, dans l'état de veille ou dans l'état dit hypnotique, persuasion avec action ou éducation active, suggestion par pratiques matérielles ou médicamenteuses, suggestion indirecte par artifices divers, tout ce qui introduit dans le cerveau et fait accepter par lui l'idée thérapeutique, tout ce qui apprend au cerveau à réaliser cette idée sont procédés psychothérapeutiques.

La psychothérapie ne s'adresse pas aux évolutions organiques, au moins pas directement; elle s'adresse aux psycho-névroses et à l'élément psycho-nerveux des diverses maladies.

Le professeur Bernheim appelle psycho-névroses les troubles fonctionnels purement dynamiques, sans lésion ni toxine, qui peuvent être d'origine émotive, mais qui sont entretenus par représentation mentale. Telles sont les crises d'hystérie, les impotences fonctionnelles, les paralysies psychiques, les contractures nerveuses, certains tics, l'aphonie nerveuse, la toux nerveuse, les vomissements nerveux, les anesthésies sensitives et sensorielles nerveuses, certaines douleurs, des sensations diverses, certaines hallucinations et illusions, certaines phobies, etc. Tous ces phénomènes auto-suggestifs sont justiciables de la psychothérapie.

Un élément psycho-nerveux peut se greffer sur toutes les maladies. Chaque malade peut évoquer, par exagération ou interprétation défectueuse de certains symptômes, une série d'éléments psycho-nerveux accessibles à la suggestion. Mais ces éléments psycho-nerveux peuvent, à leur tour, créer d'autres désordres fonctionnels organiques.

En face de chaque trouble fonctionnel se pose donc la question : Est-il de cause organique? Est-il psycho-nerveux ou d'origine psycho-nerveuse? En face de chaque maladie organique évolutive se pose la question : Y a-t-il, parmi les troubles fonctionnels, certains qui sont créés ou exagérés par le psychisme du malade? C'est sur ce diagnostic que se base la psychothérapie.

Est-ce à dire que tout ce qui est psycho-nerveux soit docile au traitement suggestif? Une formule aussi catégorique serait contraire à la psychologie humaine. Autant affirmer que toute erreur de jugement peut être rectifiée par le raisonnement, que toute exagération ou aberration de sentiment peut être corrigée par l'éducation. A côté de la suggestion médicale, qui est passagère, il y a l'autosuggestion du malade, qui peut être permanente. Dominé par l'impression morbide qui l'obsède, il n'accepte pas toujours l'idée suggérée et repousse toutes les manœuvres destinées à la lui imposer par raison, sentiment ou action.

Il y a aussi des psycho-névroses invétérées, incarnées dans l'organisme depuis de longues années, qui sont devenues des habitudes nerveuses indestructibles. Ces modalités fonctionnelles chroniques, peut-être matérialisées avec le temps, sont devenues des modalités organiques, inconnues à nos moyens d'investigation, car si l'organe commande la fonction, la fonction aussi commande l'organe et produit dans celui-ci des modifications corrélatives qui entretiennent le trouble fonctionnel. Le dynamisme est devenu organique.

Enfin, il y a des éléments psycho-nerveux qui, sans être encore invétérés, sont dès le début entretenus et dominés par une diathèse ou maladie nerveuse,

native ou constitutionnelle. Telles les phobies greffées sur l'anxiété nerveuse, certaines hallucinations greffées sur les psychoses, l'anorexie nerveuse greffée sur la neurasthénie d'évolution, chez les jeunes filles, certains tics ou mouvements pseudo-choréïques associés à la même cause. Ces symptômes, intimement liés à la cause pathologique qui les commande et qui agit sur le psychisme, peuvent parfois être améliorés progressivement par la suggestion, mais sont régénérés sans cesse à la faveur de l'émotivité entretenue par le facteur morbide suggestif dominant et qui, tant qu'il existe, est rebelle à la psychothérapie.

Celle-ci n'est donc pas infaillible contre les psychonévroses; mais elle est le plus souvent efficace. Le médecin n'est pas complet, s'il ne sait pas la manier. Il n'y a pas, dans l'être vivant et pensant, que des propriétés physiques, chimiques, physiologiques et biologiques, il y a aussi des propriétés psychiques. L'esprit n'est pas quantité négligeable dans l'organisme humain.

E. FEINDEL.

1028) **Dégénérescence et Désadaptation**, par J. LAUMONIER. *Gazette des Hôpitaux*, an LXXXVI, n° 124, p. 1949, 30 octobre 1913.

Les dégénérés sont tous, à des titres et à des degrés divers, des désadaptés aux conditions ordinaires du milieu complexe et spécialement du milieu social dans lequel ils vivent, et cette désadaptation peut affecter des caractères régressifs. Le dégénéré est un type aberrant que les influences nocives qu'il subit empêchent de pouvoir se comporter comme les êtres normaux dans les mêmes circonstances.

L'activité normale de l'homme, dans ses différentes sphères végétative, affective, intellectuelle, dépend d'un certain équilibre déterminé lui-même par l'adaptation. A la rupture de ces équilibres adaptatifs correspond une dégénérescence; il y a ainsi trois sortes de dégénérés, de l'ordre nutritif (ou végétatif), affectif et intellectuel, dont l'état respectif est de gravité décroissante.

Les maladies de la désadaptation à la vie collective constituent un chapitre de la pathologie mentale; elles n'englobent pas seulement les névroses et les psychoses classiques, mais aussi toute une série d'altérations affectives, intellectuelles et morales, les passions, les vices, les délits et les crimes des individus dits responsables parce qu'intimidables, qui en sont comme l'ébauche et le début. Tout désadapté tend à devenir un dégénéré quand l'intervention thérapeutique répressive a été insuffisante ou a manqué, car le trouble, d'abord momentané et limité, a des chances de se reproduire plus souvent, de s'installer et de s'étendre, bref, de revêtir ce caractère persistant, anormal et nouveau dans la succession héréditaire qui est le propre de la dégénérescence.

E. FEINDEL.

1029) **Introduction à l'étude de la Psychologie**, par THÉODORE RYBAKOW. *Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université impériale de Moscou*, 1914, n° 2.

En soumettant à la critique les théories anciennes et nouvelles sur les rapports réciproques entre la matière et l'esprit, l'auteur émet l'opinion que la matérialité et la spiritualité n'existent pas elles-mêmes séparément, mais qu'elles forment une seule entité et qu'aucune d'elles n'est soumise à l'autre. Ces deux principes apparaissent seulement comme une forme différente d'un seul et même phénomène universel : le mouvement éternel.

E. F.

- 1030) **Freud et Bleuler**, par J. ERMAKOW. *Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université impériale de Moscou*, 1914, n° 2.

Cet article reproduit le rapport du Congrès de Breslau ainsi que l'interview de M. le professeur *Bleuler*, de Zurich, sur la question des théories du professeur *Freud*. Les critiques des doctrines *Freud* sont toujours partielles et ne leur ont rien enlevé de leur caractère scientifique. La dernière monographie sur la schizophrénie de *Bleuler* est basée sur les données psycho-analytiques de *Freud*.

E. F.

- 1031) **Sur la Méthode Catartique Psychothérapeutique**, par J. ERMAKOW. *Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université impériale de Moscou*, 1914, n° 2.

La méthode catartique n'est qu'une modification du procédé thérapeutique de *Breuer-Freud*. Ses bons résultats la font appliquer dans quelques cas spéciaux. Il s'agit ici d'une fille de 15 ans qui avait des attaques hystériques. Dans l'état hypnoïde la malade réagit sur les complexes inconscients ; on tâche de synthétiser ces complexes avec le psychisme conscient de la malade.

E. F.

- 1032) **Quelques considérations sur la Psycho-analyse et la doctrine de Freud**, par PAUL CAMUS. *Paris médical*, n° 49, p. 519-523, 8 novembre 1913.

Exposé de la doctrine de Freud, considérations sur la psycho-analyse et les applications thérapeutiques qu'elle comporte, et critique du pansexualisme, du principe du refoulement, etc.

Envisagée dans son ensemble, dit l'auteur, la doctrine de Freud apparaît comme un vaste système médico-philosophique très séduisant, mais dont la portée pratique semble avoir été démesurément exagérée. Elle a le défaut majeur de toute conception psychologique à prétentions médicales qui, partie d'un fait d'observation, dans l'espèce l'existence de trauma affectif d'ordre sexuel chez certains psychonévropathes, prétend faire de celui-ci, au détriment de tous les autres, le seul facteur pathogène.

La méthode qu'elle utilise, la psycho-analyse, pèche gravement vis-à-vis de la méthode scientifique quand elle s'appuie sur des interprétations dont le symbolisme effréné est aussi manifestement en désaccord avec les qualités de prudence et de critique indispensables à l'observation médicale.

L'un des mérites, peut-être le principal, de cette doctrine est celui d'avoir attiré l'attention sur l'étude fort intéressante de la psychogenèse morbide individuelle.

Mais, si elle a su montrer toute l'importance des troubles du développement des instincts, particulièrement des instincts sexuels, dans l'évolution de la mentalité pathologique, elle a eu le tort de méconnaître beaucoup trop le rôle des tares antérieures, spécialement des facteurs héréditaires, chez les psychonévropathes.

E. F.

- 1033) **Sur la Technique des Expériences d'Association**, par J. BORISSOW. *Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université impériale de Moscou*, 1914, n° 2.

L'auteur applique la méthode des associations libres comme base pour créer un nouveau schéma des mots-excitants (d'après Jung). Le matériel consistait en 5 000 mots-associations, divisés par l'auteur en deux groupes : 1° les associations communes pour toutes les personnes examinées, et 2° les associations individuelles.

Celles-ci servaient suivant la profession, la position sociale, etc., du malade comme schémas supplémentaires pour individualiser les schémas principaux.

Pour les illettrés, l'auteur, se basant sur les mêmes principes, a créé un test spécial.

Cette méthode nouvelle paraît servir au mieux pour l'expérimentation associative. E. F.

- 1034) **D'où naît la conscience de notre Être? Comment devenons-nous conscients de l'Être?** (Weher Stamint unserves Seins-Beimstsein? Wie werden wir uns des Seins bemisst?), par HEVEROCH (de Prague). *Archiv für Psychiatrie*, t. LIII, fasc. 2, p. 592, 1914 (55 pages).

Revue des théories sur le moi. Application à l'étude des hallucinations. Critique des théories, spécialement de celle de Janet. M. TRÉNEL.

- 1035) **Sur l'influence de la Constellation sur la Réaction de choix sensorielle et sur les résultats de la méthode des constantes** (Ueber den Einfluss der Konstellation auf die sensorielle Wahlreaktion und auf die Resultate der Konstanzmethode), par BICKEL (clinique de Bonn). *Archiv für Psychiatrie*, t. LIII, fasc. 2, p. 364, 1914 (30 pages).

Étude de psychologie expérimentale sur la *constellation*, modalité de l'association des idées, décrite et définie par Ziehen. M. TRÉNEL.

- 1036) **Méthode d'Investigation expérimentale-psychologique sur l'Imagination combinatoire et créatrice chez les Malades Psychiques**, par S.-D. VLADYCHKO. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, août-décembre 1913.

L'auteur expose les résultats de ses investigations, par diverses méthodes, des capacités mentales sus-indiquées. SERGE SOUKHANOFF.

- 1037) **De l'Émotion découverte**, par S. MICHINE. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, août-décembre 1913.

Description d'un cas démontrant que parfois l'émotion pathogène, refoulée dans la région subconsciente, peut reparaitre dans la conscience non à l'aide de la psycho-analyse, mais simplement grâce à une certaine combinaison de circonstances. SERGE SOUKHANOFF.

- 1038) **Contribution à l'étude des Processus du Jugement par les Méthodes expérimentales-psychologiques**, par M. MARJETZKY. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, août-décembre 1913.

L'auteur estime qu'il est possible d'étudier les processus du jugement au moyen de la méthode expérimentale-psychologique. SERGE SOUKHANOFF.

SÉMIOLOGIE

- 1039) **La Substitution des Images aux Sensations. A propos d'un cas d'Hallucinations et d'Illusions multiples**, par L. BARAT. *Journal de Psychologie*, an IX, n° 2, p. 163-170, mars-avril 1912.

Ce cas concerne une femme de 72 ans, aveugle et atteinte d'hémiplégie gauche. Cependant elle affirme avoir conservé la vue; bien plus, elle présente

de multiples hallucinations visuelles, qui sont le point de départ d'idées délirantes confuses et sans coordination.

Elle ne se rend pas compte de sa paralysie. La prie-t-on d'exécuter un mouvement de la main gauche, elle affirme aussitôt avoir obéi. Elle sent aussi qu'elle pourrait se lever et marcher, comme elle croit l'avoir fait la veille. Si elle reste au lit, c'est qu'elle est un peu fatiguée. En un mot, aveugle et paralytique, elle croit n'avoir à se plaindre ni de sa vue, ni de l'état de ses membres. Sa bonne foi ne peut être suspectée.

L'auteur recherche, discute les raisons de ce fait. Pour lui, c'est précisément l'étendue et l'intensité des troubles qui ont supprimé les moyens de les apprécier et les ont rendus comme inexistantes pour la malade. Libre de ses mouvements, mais aveugle, elle se serait, dès les premiers pas, heurtée à tous les obstacles : sa vue conservée ne lui eût pas permis de méconnaître sa paralysie. N'eût-elle conservé que sa mémoire, cela lui eût suffi, à l'aide de ce qui lui restait d'activité intellectuelle, pour se rendre compte des changements de son état, des modifications de son milieu, de la présence des personnes étrangères, etc. Tout lui a manqué à la fois. Privée du contrôle réciproque des sens, incapable, par son impotence même, de provoquer, par des mouvements volontaires, la série de petites expériences qui l'eût renseignée sur son état, impuissante, d'ailleurs, à fixer dans sa mémoire le souvenir des faits qui heurtent ses illusions, ralentie et diminuée, sans doute, dans son activité intellectuelle, elle tire, au contraire, de l'activité de son imagination un véritable monde factice, que son humeur égale et optimiste revêt de riantes couleurs.

Il est difficile d'imaginer un cas où la substitution des images aux sensations et aux souvenirs soit plus curieuse et plus complète, et qui illustre plus clairement les lois, d'ailleurs bien connues, de cette substitution.

E. FEINDEL.

1040) **L'Hallucination et ses diverses Modalités cliniques**, par R. MASSELON. *Journal de Psychologie*, an IX, n° 6, p. 531-516, novembre-décembre 1912.

L'hallucination de l'ouïe n'a pas, dans la paranoïa, l'objectivité ni la réalité que les auteurs s'accordent à lui décrire. Sans doute, le malade localise ses voix hors de lui, dans l'espace; il assigne souvent à leur origine un lieu bien déterminé; il reconnaît leur timbre, il nomme les personnes auxquelles elles appartiennent. Et, cependant, il est bien loin de les doter de tous les attributs qui caractérisent la voix humaine réelle. Rarement, au cours d'une conversation, on le trouve distrait et attentif seulement à ses illusions. C'est surtout lorsqu'il est seul; abandonné à ses rêveries, que l'hallucination se produit. Le monde imaginaire se déroule à côté du monde sensible; il ne le remplace pas.

Dans le délire hallucinatoire, l'hallucination n'est pas un phénomène primitif, elle est l'épanouissement d'un système délirant antérieur, elle est un phénomène nouveau, et une fois apparue elle imprime au délire un aspect différent, car c'est maintenant à travers elle qu'il va se manifester.

Quel que soit, d'ailleurs, le mode de développement du phénomène, son mécanisme est, dans tous les cas, à peu de chose près le même. Partout et toujours, l'émotion et l'attention jouent un rôle capital dans sa genèse. C'est, d'abord, un sentiment d'étonnement, l'impression qu'il est en présence d'un fait anormal, qui attire l'attention du sujet. Puis, celle-ci une fois éveillée, elle se met au service de toutes les tendances qui le poussent à rechercher la

justification de ses préoccupations continuelles. Dès lors, elle surveille, elle guette, elle épie, et immédiatement les phénomènes attendus se reproduisent, tels qu'ils ont été désirés. D'abord, le sujet a été surpris, il a écouté, puis il a entendu.

La condition première de l'hallucination, c'est la présence du délire. L'hallucination sort de la paranoïa ou plus exactement du tempérament paranoïaque, comme en sort le délire lui-même. Ce tempérament est lui-même essentiellement constitué par un trouble fondamental du jugement. C'est sur cet état d'esprit que germent les délires de revendication et d'interprétation. Le délire systématisé hallucinatoire n'en est que le plus complet épanouissement.

Si l'on compare le paranoïaque halluciné à l'interpréteur, une différence assez notable saute immédiatement au regard. Alors que celui-ci, généralement loquace, volontiers causeur, présente les apparences d'un homme qui a conservé l'intégrité de sa raison, celui-là, sombre, concentré, peu ouvert, paraît plus complètement perdu dans la rumination de ses pensées délirantes. Bref, le second semble plus totalement, plus intégralement aliéné que le premier.

C'est qu'en effet l'hallucination doit être considérée comme une étape plus avancée dans la marche progressivement envahissante du délire. L'interpréteur travaille encore sur les données qui lui sont fournies par ses sens; l'halluciné substitue ou surajoute, aux données sensorielles, le travail de sa propre pensée intérieure. Non seulement il croit à l'exactitude de tous ses raisonnements de justification, de tous ses jugements de tendance, mais encore il croit à la réalité de toutes ses représentations mentales. A peine se sont-elles produites qu'il les objective immédiatement et qu'elles aussi viennent prendre place dans le cercle de ses convictions et de ses croyances.

Bref, l'hallucination représente un degré de plus dans la déformation systématique de la réalité qui est la marque des esprits paranoïaques. Alors que l'interpréteur conserve encore la notion de ce qui appartient au moi et de ce qui appartient au non-moi, l'halluciné a perdu toute conscience précise de cette différence. L'apparition de l'hallucination justifie que rien n'a échappé à l'étreinte des conceptions fausses. L'erreur a atteint ses dernières conséquences. Le trouble du jugement ne permet plus à aucune fonction de s'exercer normalement.

L'hallucination de l'ouïe exige donc, en somme : 1° une parole intérieure vive qui accapare l'attention et qui efface momentanément les perceptions sensorielles ; 2° un trouble du jugement qui s'oppose à la réduction des représentations mentales trop intenses.

L'hallucination de l'ouïe a pour cause essentielle une interprétation appliquée à des phénomènes de la conscience psychologique, lorsque ces phénomènes se présentent dans des conditions qui justifient et confirment les tendances paralogiques dominantes.

E. FEINDEL.

4041) **Le Messianisme d'un Faux Dauphin (Naundorff)**, par SÉRIEUX et CAPGRAS. *Journal de Psychologie*, an IX, n° 3, p. 193-212 et 289-307, mai-juin et juillet-août 1912.

Naundorff n'est point un imposteur. Pour juger exactement la mentalité et la conduite de ce faux dauphin, il faut le comparer à ces psychopathes atteints d'un délire à la fois interprétatif et imaginatif décrits sous le nom d'interpréteurs filiaux. On pourrait établir le parallèle par le seul examen des conceptions ambitieuses, où l'on trouve de multiples récits imaginaires, une

affabulation fantastique d'incidents réels et une déformation invraisemblable de tous les événements historiques. Mais ce diagnostic se trouve singulièrement confirmé par l'existence, chez ce faux dauphin, de tout un ensemble d'idées et de réactions qui présentent, pour le psychiatre, un intérêt capital. Il s'agit du délire mystique.

De Naundorff, en effet, partisans et adversaires n'ont retenu que le dauphin Louis XVII. En réalité, ce pseudo-imposteur fut un déséquilibré dont les aptitudes fabulatrices s'exercèrent non seulement dans le domaine politique, mais encore dans le domaine religieux. C'est sur l'ordre d'un génie que cet illuminé entreprit sa campagne de revendications. Il se proclama l'élu de Dieu, choisi par l'Éternel pour sauver la France. Nouveau Swedenborg, il fonda une religion dont trois anges lui dictèrent l'évangile. Ses disciples le prirent pour un messie, lui trouvèrent un précurseur et comparèrent sa vie à celle de Jésus.

C'est l'histoire de ce délire mystique, partagé par l'entourage de Naundorff et aujourd'hui si complètement négligé, que les auteurs exposent ici, d'après les documents authentiques, signés de Naundorff lui-même ou des membres de son petit cénacle. Ils examinent d'abord les idées religieuses du faux Dauphin avant sa conversion, puis le rôle capital du visionnaire Martin (de Gallardon), ensuite la conversion de Naundorff, ses hallucinations oniriques, ses miracles, ses prophéties, enfin, le fondateur d'une religion nouvelle et son œuvre divin : la doctrine céleste.

Les caractères particuliers des tendances fabulatrices du Naundorff-Messie mettent en évidence une suggestibilité morbide, la plasticité d'une imagination pauvre, le défaut de sens critique, plus de mégalomanie que de mysticisme. Les propos de ses amis, ses lectures, les événements de l'époque ont exercé une influence prépondérante sur ses conceptions, ses rêves, ses hallucinations, son activité. On n'y trouve presque jamais la signature d'une personnalité originale. Cette personnalité, reflet de l'ambiance ou l'écho des opinions courantes, explique le Naundorff faux Dauphin, avec ses illusions de souvenirs empruntés à ses premiers partisans, ses récits fantastiques calqués sur ceux des faux dauphins antérieurs, ses interprétations de tous les faits historiques tirées des légendes contemporaines. Si la lecture du Nouveau Testament et divers incidents ont transformé Naundorff en Messie, on peut, par analogie, supposer que c'est, en grande partie, la lecture des ouvrages publiés sur l'évasion du dauphin et sur ses infortunes qui a fait de lui Louis XVII. Enfin, certains caractères du mouvement naundorffiste sous Louis-Philippe mettent en relief cette plasticité d'imagination du principal protagoniste. Le Louis XVII que plusieurs partisans de la survivance avaient déjà cru reconnaître dans les faux dauphins antérieurs, le fantôme de leurs désirs chimériques et de leurs espoirs déçus fut à nouveau personnifié par Naundorff. Mais le délire, ébauché par le prétendant, fut, en réalité, développé et systématisé par ses adeptes, dont il adopta docilement les arguments.

La genèse du messianisme de Naundorff jette une certaine lumière sur le développement de son roman de filiation royale. Dans les deux cas, le rôle apparaît prédominant d'une rare et intense suggestibilité, ayant pour conséquence un délire d'imitation inconsciente. C'est cette réceptivité pathologique qui, après avoir métamorphosé un horloger prussien en dauphin de France, transforme un « païen » en catholique, puis, enfin, en messie, faisant ainsi, par le plus paradoxal des avatars, du « fils de saint Louis » un hérésiarque et un schismatique.

E. FEINDEL.

1042) **Étude clinique d'une Interprétratrice**, par LUCIEN LIBERT et G. DEMAY.
Journal de Psychologie, nn IX, n° 4, p. 323-349, juillet-août 1912.

Exemple remarquable de délire d'interprétation. La malade réalise, d'une façon parfaite, la forme clinique décrite par Sérieux et Capgras. Alors que chez la plupart des malades analogues il est souvent difficile, à cause des réticences, de retrouver la trame sur laquelle fut brodée la psychose, et de se reconnaître au milieu du fatras des faits que l'aliéné englobe chaque jour dans son délire, ici, au contraire, il est facile de retracer avec une précision relative et l'existence de la malade et la genèse de sa psychose.

Il s'agit d'une femme qui présenta, dès son jeune âge, des signes de déséquilibre psychique. Après une longue vie d'aventures où elle demande au jeu ou au vice le plus clair de ses ressources, après avoir été pendant des années une habituée des champs de courses et des casinos, et avoir laissé partout où elle passa le souvenir d'une anormale éthéromane, homosexuelle et kleptomane, destinée à finir ses jours dans une maison d'aliénées, elle se fixe, enfin, à Paris où elle ne vit que de proxénétisme et de galanterie. Elle en arrive à constituer un délire d'interprétation, et après avoir assigné en justice de paix le chef de la police contre lequel elle profère des menaces de mort, elle est internée dans un asile, où elle ne tarde pas à englober dans son délire tous ceux que leurs fonctions amènent en contact avec elle.

Les conceptions délirantes de la malade se traduisent uniquement par des interprétations. A aucun moment elle n'a présenté de troubles sensoriels. L'observation la plus minutieuse n'a jamais décelé, chez elle, la moindre hallucination, pas même à titre épisodique.

Il y a, de plus, chez elle, une intégrité complète des facultés intellectuelles. Dès qu'il ne s'agit pas de son délire, elle est capable d'apprécier de façon très juste ce qui est soumis à sa critique. Elle observe, souvent avec finesse, ce qui se passe autour d'elle. Elle arrive à saisir les défauts ou les ridicules des personnes qui l'entourent, et à les noter avec un bonheur d'expression qu'envierait un humoriste professionnel. Ses écrits, bien que rédigés rapidement, sont toujours soigneusement composés ; les arguments sont bien présentés, les effets savamment gradués. Elle met au service de ses idées délirantes une dialectique qui pourrait impressionner un esprit non prévenu. Aucun trouble de l'affectivité.

Le terme de délire d'interprétation est le seul qui convienne ici, et cette observation justifie, une fois de plus, les idées de Sérieux et Capgras sur l'autonomie de cette psychose.

E. FEINDEL.

1043) **La Cyclophrénie (Psychose circulaire)**, par THÉODORE RYBAKOW.
Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université impériale de Moscou, 1914, n° 2.

Mise au point de la question. La cyclophrénie idiopathique se développe sur la base d'une constitution psychopathique innée et n'est accompagnée d'aucune altération visible de la substance cérébrale. C'est par conséquent une maladie innée et en outre *fonctionnelle*, c'est-à-dire dépendant de troubles fonctionnels inconnus dans l'activité de l'organe supérieur du système nerveux. Ses symptômes se divisent en deux groupes principaux : 1° les symptômes généraux, formant l'essence de la constitution cyclophrénique, et 2° les symptômes pendant les accès séparés ou les crises avec états psychopathiques agités. Comme la constitution cyclophrénique elle-même, les accès d'état psychopathique constituent un tout indissolublement relié à la prédisposition innée ou, plus exactement, à cette structure particulière du système nerveux, qui est la

base de la maladie. Les accès séparés avec caractères psychopathiques aigus ne sont pour ainsi dire que des crises épisodiques, une exacerbation des symptômes fondamentaux.

E. F.

1044) La Superstition dans la Vie et la Clinique, par LAKHTINE. *Questions (russes) de Psychiatrie et de Neurologie*, n° 7, 1913.

La superstition d'origine pathologique souvent persiste pendant toute la vie d'un homme; parfois elle se répète périodiquement et, d'autres fois, elle offre un caractère épisodique. En général, la superstition se rencontre le plus souvent chez des personnes à suggestibilité exagérée, ayant une imagination fortement développée, mais un jugement insuffisant; parfois il s'agit d'une forme légère de démence. A la superstition sont même enclins les individus souffrant de psychasthénie.

SERGE SOUKHANOFF.

1045) Note sur l'action psychique de la Mescaline avec étude particulière du mécanisme des Hallucinations visuelles, par A. KNAUER et W.-S. MALONEY. *Journal of Nervous and mental Disease*, vol. XL, fasc. 7, juillet, 1913, p. 425-436.

La mescaline est le principe actif, l'alcaloïde de l'Anhalonium Lewinii, narcotique favori des Indiens mexicains. Les auteurs en expérimentèrent l'action sur eux-mêmes et sur quelques médecins de bonne volonté; ils constatèrent que cet alcaloïde détermine un état d'excitation cérébrale marqué avec hallucinations visuelles; ces hallucinations sont très variées chez la même personne au cours de la période d'intoxication, tantôt sombres, tantôt extrêmement colorées, à contours tantôt vagues, d'autrefois extrêmement précis. Si le malade essaie de modifier l'hallucination en fixant son attention sur une idée ou un objet, l'hallucination ne se modifie pas immédiatement, mais au bout d'un certain temps elle est remplacée par une autre vision, qui est en relation directe avec l'objet ou la pensée sur lesquels le malade essayait de concentrer son esprit.

Ces hallucinations ne sont presque jamais prises pour des réalités; elles peuvent coexister avec des images visuelles, normales, d'intensité assez vive.

Enfin, à ces hallucinations visuelles s'ajoute une perte de la notion du temps. Quelques minutes passées dans l'obscurité donnent au malade l'illusion de la durée d'une nuit entière.

Les auteurs s'attachent principalement à l'étude du mécanisme psychique des hallucinations visuelles.

CH. CHATELIN.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

DE PARIS

Séance du 11 juin 1914.

Présidence de Mme DEJERINE.

SOMMAIRE

Communications et présentations :

- I. M. HENRI FRANÇAIS, Sur un cas de syringomyélie. (Discussion : MM. DEJERINE, SICARD.) — II. MM. SICARD et CAMBASSÈDES, Migraine ophtalmoplégique et liquide céphalo-rachidien. (Discussion : MM. BABONNEIX, HENRI CLAUDE.) — III. MM. REGNARD, MOUZON et LAFFAILLE, Double monoplégie dissociée d'origine corticale. (Discussion : M. DEJERINE.) — IV. MM. HENRI CLAUDE et QUERCY, Syndrome particulier de la calotte pédonculaire : troubles cérébraux et agnosie. — V. MM. J. BABINSKI, P. LECÈNE et J. JARKOWSKI, Paralyse crurale par néoplasme extra-dure-mérien. Opération, guérison. — VI. M. J. BABINSKI, Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale : anosognosie. (Discussion : MM. SOUQUES, DEJERINE, PIERRE MARIE, GILBERT-BALLET, HENRI MEIGE, HENRI CLAUDE.) — VII. MM. JUMENTIÉ et CEILLIER, Dissociation des sensibilités profondes : conservation du sens des attitudes segmentaires, de la sensibilité à la pression et du sens de discrimination profond, avec perte de la sensibilité osseuse chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle : conservation de la précision stéréognostique. (Discussion : M. DEJERINE.) — VIII. MM. PIERRE MARIE et FOIX, Sur trois cas de syringomyélie avec prognathisme d'origine trophique. (Discussion : MM. GEORGES GUILLAIN, LHERMITTE.) — IX. MM. J. BABINSKI et C. GAUTIER, Pseudo-tabes et filariose sanguine. — X. MM. PIERRE MARIE et CH. CHATELIN, Un cas d'atrophie musculaire intense des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire par ostéo-sarcome probable des dernières vertèbres cervicales. — XI. MM. SICARD et HAGUENAU, Virilisme épiphysaire. (Discussion : MM. LHERMITTE, HENRI CLAUDE, JEAN CAMUS.) — XII. MM. A. PÉLISSIER et P. BOREL, Paralyse radiale à type de paralysie saturnine chez un sujet atteint antérieurement de poliomyélite aiguë. (Discussion : M. DE MASSARY.) — XIII. MM. A. PÉLISSIER et P. BOREL, Conservation de la sensibilité osseuse avec perte de tous les autres modes de sensibilité dans un cas de compression médullaire. (Discussion : M. DEJERINE.) — XIV. M. C. VINCENT, Signe d'Argyll unilatéral, traumatisme de l'orbite, pas de syphilis décelable. — XV. MM. SOUQUES et DUHEM, État comparé des réactions électriques des troncs nerveux dans l'atrophie musculaire Charcot-Marie et dans la névrite interstitielle hypertrophique. (Discussion : MM. HUET, SOUQUES.) — XVI. MM. SOUQUES, BAUDOIN et LANTUÉJOL, Tabes et zona. (Discussion : M. SICARD.) — XVII. MM. CROUZON et LÉCHELLE, Tubercules multiples cérébraux. — XVIII. MM. PARHON et SATINI (de Jassy), Essais sur les cuti-réactions glandulaires. — XIX. M. P. BOVERI (de Milan), Sur une réaction nouvelle du liquide céphalo-rachidien. — XX. MM. MAGALHÃES LEMOS, Aphasie de Wernicke et apraxie idéatoire avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche.

A propos du Congrès de Berne.

COMMUNICATIONS ET PRÉSENTATIONS

Sur un cas de Syringomyélie, par M. HENRI FRANÇAIS. (Présentation d'une malade.)

La malade que je présente aujourd'hui a fait déjà, il y a plus de six années, alors qu'elle était à la Salpêtrière, dans le service du professeur Raymond,

l'objet d'une présentation à la *Société de Neurologie* (1). A cette époque, l'amyotrophie, étendue aux deux membres supérieurs et au thorax, occupait, à peu de chose près, la même répartition qu'aujourd'hui. L'absence complète de troubles de la sensibilité pouvait seule rendre incertain le diagnostic de syringomyélie. Les hypothèses de sclérose latérale amyotrophique ou de poliomyélite antérieure subaiguë avaient même pu, à un moment donné, être soulevées et paraître vraisemblables. Depuis lors, les troubles de la sensibilité ont apparu et assurent désormais la réalité du diagnostic. L'observation de cette malade présente, en outre, certaines particularités méritant d'être signalées. La voici résumée :

Mlle Lis..., hospitalisée à Nanterre dans mon service, est âgée de 61 ans. Dans ses antécédents personnels, on note seulement une adénite suppurée de la région sous-maxillaire droite, ayant donné lieu à une cicatrice encore visible. A l'âge de 23 ans, à la suite d'un léger traumatisme (coup de poing sur la face dorsale de la main droite), elle ressentit un peu de gêne dans les mouvements de la main droite. Au cours des trois mois qui suivirent, les doigts de cette main perdirent de leur force, mais elle put néanmoins continuer à se servir du pouce et de l'index. En même temps l'éminence thénar diminuait de volume. La parésie n'alla pas plus loin et resta limitée aux doigts de la main droite. C'est seulement à l'âge de 52 ans que les phénomènes de paralysie et d'atrophie musculaire prirent une marche envahissante. Ils débutèrent par les trois derniers doigts d'abord, puis par le pouce et l'index de la main gauche et gagnèrent ensuite les divers segments du membre. En l'espace d'un mois, le membre supérieur gauche fut paralysé dans sa totalité. Le membre supérieur droit se prit à son tour, la paralysie débutant par le pouce et l'index ; en trois mois, elle envahit tout le membre. Pendant les années qui suivirent, la malade demeura en cet état, sans modification notable. Il y a deux ans, un abcès prit naissance à la main gauche, entre le pouce et l'index, et envahit les gaines des fléchisseurs. Plusieurs incisions furent faites, donnant issue à du pus. On voit sur les faces palmaire et dorsale des traces de ces incisions, et la suppuration n'est pas tarie.

Depuis un an environ s'est développé sur l'avant-bras un eczéma chronique, recouvert de squames et d'écailles. Cet eczéma intéresse toute la circonférence du membre et remonte jusqu'au pli du coude. Il s'étend progressivement du côté de la racine du membre.

L'amyotrophie, très accusée au niveau des éminences thénar et hypothénar, des muscles de l'avant-bras et du bras, intéresse les deux membres supérieurs dans toute leur étendue, et l'impotence fonctionnelle y est pour ainsi dire complète. Au membre supérieur gauche, on constate que le pouce est immobilisé en extension, par ankylose de ses articulations. L'extension des deuxième phalanges des autres doigts est seule possible, à condition qu'on ait immobilisé en extension les premières phalanges (action des lombricaux et interosseux).

La flexion des doigts se fait sans aucune force. Les mouvements d'adduction et d'abduction des doigts sont impossibles. La main, l'avant-bras et le bras sont incapables de se mouvoir spontanément.

La paralysie est plus accusée encore au membre supérieur droit. Les doigts, à demi fléchis vers la paume de la main, sont incapables d'un mouvement. Seul, le médius peut esquisser un mouvement de flexion. L'action des lombricaux et interosseux est nulle. Tout mouvement spontané est impossible dans les autres segments de membre (avant-bras et bras).

Aucune saillie musculaire n'apparaît au pourtour des épaules, et les muscles de la ceinture scapulaire sont atrophiés et paralysés. Les omoplates sont tombantes, et leurs angles inférieurs viennent presque au contact l'un de l'autre sur la ligne médiane. Les mouvements d'expansion thoracique sont presque nuls, et la malade respire surtout selon le type abdominal. La musculature du cou, de la face et de la langue, celle des régions lombaire et abdominale sont normales. Il n'y a pas de scoliose vertébrale.

Les membres inférieurs ont également conservé l'intégrité de leur musculature et de leur force, et la marche est parfaite. Les réflexes rotuliens et achilléens sont très nette-

(1) FÉLIX ROSE et HENRI FRANÇAIS, Amyotrophie des membres supérieurs et du thorax sans troubles de la sensibilité. Siringomyélie probable, *Société de Neurologie de Paris, Revue neurologique*, p. 1233, 15 décembre 1907.

ment exagérés. Il n'y a pas de clonus du pied ni de signe de Babinski. Les réflexes abdominaux sont nuls, et les réflexes des membres supérieurs sont également défaut. Le réflexe massétérin est conservé; les réactions pupillaires normales.

Les troubles de la sensibilité ont fait défaut pendant fort longtemps. C'est il y a deux ans seulement qu'ils ont été constatés pour la première fois au niveau des doigts. Le tact est conservé partout. La sensibilité à la piqure est nettement diminuée au niveau des doigts et de la main, à gauche. Il y a des erreurs d'interprétation thermique sur les mêmes régions et à l'avant-bras gauche, dans le domaine des VI^e, VII^e, VIII^e racines cervicales.

La sensibilité osseuse, recherchée à l'aide du diapason, est diminuée seulement au niveau des doigts à gauche.

Les radiographies des mains et avant-bras ont été faites. Elles montrent une décalcification osseuse très accusée.

L'examen électrique fait par M. Huet, en 1907, avait montré l'existence de D. R. complète, ou à l'état de traces, sur les muscles paralysés.

Il s'agit donc ici d'un cas de syringomyélie, caractérisée par une amyotrophie et une paralysie très étendues des membres supérieurs et du thorax, et par des troubles à distribution radiculaire des sensibilités thermique et douloureuse. L'évolution de cette amyotrophie est curieuse par la rapidité de son apparition. Elle s'ébauche à l'âge de 28 ans, amenant une parésie légère des doigts de la main droite, et, pendant vingt-quatre années, la malade reste en cet état, continuant d'exercer sa profession de marchande de journaux, sans qu'aucun phénomène nouveau ne se produise. C'est seulement à l'âge de 52 ans que la paralysie suivie d'atrophie se manifeste aux deux membres supérieurs. Elle s'établit avec une telle rapidité qu'au bout d'un mois le membre supérieur gauche est déjà paralysé dans sa totalité. Au bout de six semaines, on constate la réaction de dégénérescence sur un grand nombre de muscles appartenant au domaine des IV^e, V^e, VI^e, VII^e, VIII^e cervicales et I^{re} dorsale. Trois mois après le début, les deux membres supérieurs sont flasques et inertes et ont atteint presque le degré d'atrophie qu'ils présentent à l'heure actuelle. Depuis sept ans, la paralysie ne s'est pas sensiblement modifiée, conservant la topographie qu'elle avait alors. Nous sommes donc en présence d'une forme de syringomyélie dont le début particulièrement rapide a été suivi d'une longue période de rémission. De tels cas sont rares et méritent d'être signalés. Le début peut aussi être brusque, et Carslaw (1) en a rapporté quelques exemples, qu'il attribue à des hémorragies survenues dans un gliome resté latent jusque-là. D'autres ont été publiés récemment. Tel est le cas d'une malade de MM. Rose et Lemaitre (2).

L'affection débuta brusquement par un état nauséux avec vertiges et bourdonnements d'oreille, vomissements faciles et hoquet. La démarche prit alors le caractère cérébelleux. Tous ces phénomènes disparurent pendant plusieurs mois et firent de nouveau une brusque apparition. Chez une autre malade étudiée par G. Guinon, une syringomyélie débuta brusquement par une paralysie faciale. Les syringomyélies à début soudain ne sont donc pas exceptionnelles, mais elles se manifestent ordinairement par des phénomènes bulbaires. Ici, le début a été rapide sans accidents bulbaires.

Notre malade, présentée, une première fois, à la *Société de Neurologie*, en 1907, n'avait aucun trouble de sensibilité. Ils existent à l'heure actuelle, depuis deux ans à peine, et encore sont-ils fort peu marqués, puisqu'on ne les trouve que d'un seul côté et dans un territoire fort restreint. Ils n'en sont pas moins réels

(1) CARSLAW, *British. med. Journ.*, 1898, p. 1923.

(2) FÉLIX ROSE et F. LEMAITRE, Deux cas de syringomyélie avec signe d'Argyll-Robertson. *Soc. de neurologie*, 5 novembre 1907; *Revue neurologique*, p. 1300.

et donnent au diagnostic la certitude qui lui manquait auparavant. Sans doute, les troubles sensitifs ne sont pas toujours contemporains des troubles de la motilité, mais il est exceptionnel de les voir apparaître plus de six années après l'atrophie musculaire. Il s'agit là sans doute d'une syringomyélie développée surtout aux dépens des cornes antérieures de la moelle cervico-dorsale. La facilité avec laquelle les voies sensitives médullaires détruites trouvent des trajets de suppléance pour gagner les centres cérébraux nous explique comment la sensibilité objective peut demeurer intacte même dans des cas où une cavité médullaire empiète légèrement sur la commissure grise ou les cordons postérieurs. L'absence de ces troubles ne doit donc pas, en général, suffire à faire écarter un diagnostic de syringomyélie.

Ces troubles ont précédé de très peu l'éclosion du phlegmon des gaines de la main qu'a présenté la malade. Ce phlegmon, bien qu'il n'ait pas évolué avec l'indolence qu'on trouve dans la maladie de Morvan, a été relativement peu douloureux. Il a donné naissance à une suppuration abondante, détruit les gaines des fléchisseurs du pouce et des doigts, provoqué la nécrose de l'extrémité supérieure du premier métacarpien, la dislocation des os du carpe, comme on peut s'en rendre compte par l'examen des radiographies. Il a évolué avec une extrême lenteur, comme l'aurait fait un abcès froid. L'examen du pus n'a pas été fait au moment de l'incision. Celui que j'ai pratiqué tout récemment a montré la présence d'un grand nombre de polynucléaires et l'absence de bacilles de Koch. Il s'agit donc vraisemblablement d'une suppuration chaude d'origine infectieuse, que l'on peut considérer comme une forme de transition entre la maladie de Morvan et un phlegmon ordinaire. Comme l'exprime M. Dejerine dans sa *Sémiologie des affections du système nerveux*, les suppurations que l'on rencontre quelquefois au cours de la syringomyélie, ne doivent pas être considérées comme l'expression pure d'un trouble trophique. Ce sont, sans doute, le plus souvent, des infections banales, dont l'évolution lente et torpide est commandée par le terrain spécial sur lequel elles évoluent, et l'indolence par les troubles de la sensibilité douloureuse des régions envahies.

M. DEJERINE. — Le cas que nous présentent MM. Français et Baudouin est très intéressant, car il est tout à fait exceptionnel de voir la syringomyélie ne se traduire pendant plusieurs années que par des symptômes d'ordre purement moteur, sans trouble aucun de la sensibilité.

M. SICARD. — Le cas de M. Français est intéressant, non pas seulement au point de vue directement clinique, mais parce qu'il soulève un problème étiologique et pathogénique.

M. Guillaïn a pensé, en effet, et défendu cette thèse séduisante, que certains cas de syringomyélie pouvaient reconnaître, à l'origine, une plaie de la main avec réaction phlegmoneuse fréquente, et que la moelle était consécutivement atteinte par un processus de névrite ascendante.

Pour ma part, je ne crois pas qu'il faille voir un rapport causal entre la blessure périphérique et la gliose médullaire. Comme je l'ai fait observer (*Revue neurologique*, p. 760, 1905), le symptôme douleur, si caractéristique dans le processus de névrite ascendante classique, n'est noté dans aucun des cas de syringomyélie publiés jusqu'ici.

Enfin, comme vient de nous le montrer à nouveau M. Français, j'ai déjà eu l'occasion (*loc. cit.*) d'insister, chez de tels malades, sur l'évolution indolore des

plaies par traumatisme ou infection exogène, même quand celles-ci s'accompagnaient d'abcès phlegmoneux. C'est bien là la preuve que le processus syringomyélique, d'une évolution toujours si lente, était déjà dans la place, conditionnant les réactions extérieures périphériques et ne leur étant pas subordonné.

II. Migraine ophtalmoplégique et Liquide Céphalo-rachidien, par MM. SICARD et CAMBRESSÉDÈS.

On sait qu'au point de vue nosologique, on distingue trois variétés d'états dits migraineux : 1° la migraine simple ; 2° la migraine ophtalmique et 3° la migraine ophtalmoplégique, avec signes plus ou moins associés d'aphasie et de réactions sensitives ou motrices des membres.

Nous avons déjà eu l'occasion d'étudier le liquide céphalo-rachidien au cours des migraines simples et ophtalmiques (*Soc. méd. des Hôp.*, séance du 6 juin 1913) et nous avons montré tout l'intérêt diagnostique et pronostique qui s'attachait à cette étude. Par des observations longtemps suivies, nous avons vu que le liquide céphalo-rachidien, dans ces cas, conservait soit ses propriétés physiques (pression, aspect, etc.), sa composition normale chimique (albumine, sucre, chlorure de sodium), ou cytologique, soit, au contraire, présentait une hyperalbuminose manifeste avec ou sans hypercytose.

Les faits de la première série se rapportent à la crise de migraine ordinaire simple ou ophtalmique. Ils témoignent de cette constatation, affirmée depuis longtemps par la clinique, que de telles crises comportent un pronostic tout à fait bénin et peuvent être envisagées comme des épisodes de la série morbide du neuro-arthritisme.

Par contre, les réactions humorales rachidiennes mises en évidence chez les sujets, dont les migraines rappellent cependant *cliniquement* la crise banale arthritique, ont une signification pronostique toute spéciale. Nous avons acquis la conviction que ces états migraineux avec réactions du liquide céphalo-rachidien peuvent se montrer comme uniques signes précurseurs de la lésion ménagée ou méningo-corticale, plusieurs semaines ou plusieurs mois avant l'éclosion des symptômes classiques de ménégoopathies syphilitiques, tuberculeuses, hémorragiques ou néoplasiques.

Ces remarques sont également applicables à la migraine ophtalmoplégique.

Nous avons eu l'occasion d'observer un jeune homme dont le cas a déjà été particulièrement étudié au point de vue oculaire par l'un de nous avec M. Tou-lant. Il s'agissait de migraine ophtalmoplégique dite « essentielle ».

OBSERVATION I. — Ce migraineux, que nous vous présentons, a eu l'année dernière (1913), à l'âge de 27 ans, sa troisième crise de migraine ophtalmoplégique. Il appartient à une famille de migraineux. Sa mère et quatre de ses frères ont des accès de migraine, mais sans symptôme oculaire surajouté. Lui-même a vu ses crises de migraine d'abord simple apparaître dès l'enfance. Elles étaient fréquentes à cette époque, de la septième à la quinzième année, et se manifestaient une ou deux fois par mois.

À l'âge de 16 ans, survint la première paralysie douloureuse du moteur oculaire commun droit, avec vomissements, ptosis, diplopie et fourmillements des membres supérieur et inférieur droits. L'accès évolua en deux à trois semaines.

À l'âge de 24 ans, nouvelle crise plus fugace.

Enfin l'année dernière, le 28 avril 1913, ce jeune homme est pris au réveil de violentes douleurs péri-orbitaires à droite. Les douleurs persistent plusieurs jours, s'accompagnent de vomissements et le malade doit quitter son travail. Il pense avoir un accès de migraine, comme il en a fréquemment. Mais la crise se prolonge et le malade se fait admettre à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Roger. Deux jours après, le malade quitte l'hôpital, bien qu'il soit très peu amélioré ; il souffre un peu moins, peut reprendre

ses occupations pendant une journée. Mais les douleurs augmentent et, le 10 mai, il doit entrer de nouveau à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Chantemesse.

Il présente alors les signes classiques d'une typhoïde à la fin de son premier septénaire (taches rosées, hypertrophie de la rate, séro-diagnostic positif à 1/120).

Dès les premiers examens, l'attention a été attirée par quelques symptômes nerveux : une céphalée particulièrement intense, une paralysie du moteur oculaire commun droit et des symptômes spasmodiques du membre inférieur droit.

L'ophtalmoplégie existait dès notre premier examen oculaire, le 20 mai 1919. A ce moment, l'œil droit présente un strabisme externe léger et un peu de ptosis. La pupille réagit. La vision est normale de près et de loin. Il n'y a pas de diplopie.

Nous revoyons le malade 3 jours plus tard ; la paralysie des muscles innervés par le moteur oculaire commun droit est complète : les mouvements d'adduction, d'élévation et d'abaissement sont complètement abolis. L'œil est à peu près immobilisé en abduction.

La musculature interne est également très atteinte : les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont très faibles. La pupille est un peu plus large que du côté sain. L'accommodation est paralysée (un verre de + 3 d. 50 est nécessaire pour permettre la lecture). Le fond d'œil est normal (Toulant et Combessédès).

La douleur est localisée assez exactement au pourtour de l'œil droit et en particulier à la région sus-orbitaire. Elle est gravative, extrêmement intense. Elle ressemble aux douleurs de migraine auxquelles le malade est sujet depuis l'enfance.

La sensibilité objective n'est pas troublée. Il n'y a ni hypo, ni hyperesthésie cutanée (le frottement de la peau n'exaspère pas la douleur). Il n'y a pas non plus de troubles vaso-moteurs locaux. Les autres nerfs crâniens ne sont pas touchés. Nous ne trouvons aucun trouble de la sensibilité du corps, ni des membres.

Au membre inférieur droit, nous constatons une exagération des réflexes rotuliens et achilléens et une trépidation épileptoïde nette. Le réflexe cutané plantaire ne peut être provoqué du côté droit, alors qu'il est normal du côté gauche. Les réflexes abdominal et crémastérien sont normaux. Les réflexes du membre supérieur sont normaux. Les mouvements volontaires semblent normaux (examen fait seulement dans le décubitus horizontal).

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, une ponction lombaire est pratiquée. Le liquide est limpide ; il semble un peu hypertendu avec pression normale. A la suite de la ponction lombaire, la céphalée diminue.

Le surlendemain, une nouvelle ponction lombaire est faite. La pression semble normale. Le liquide est limpide. La quantité d'albumine est normale. Il n'y a pas de leucocytose. La culture à 37° sur bouillon et sur gélose reste stérile. Le séro-diagnostic, fait avec le liquide céphalo-rachidien, est négatif. Il n'y a aucune réaction méningée.

La typhoïde a évolué normalement. Deux injections de vaccin du professeur Chantemesse sont faites le 19 et le 20 mai. Dès le 28, la température commence à baisser et elle retombe à la normale le 30 mai. La typhoïde a donc duré environ 4 semaines et a semblé assez bénigne.

Les symptômes spasmodiques se sont atténués assez rapidement et ils avaient disparu vers le milieu du mois de juin.

La céphalée avait cessé à peu près en même temps que la fièvre.

La paralysie oculaire a été plus tenace. Elle est restée complète jusque vers la fin du mois de mai 1913. Le 3 juin, les mouvements du globe sont possibles, mais très limités. L'iris se contracte à la lumière. L'accommodation s'améliore (un verre de 2 d. suffit à permettre la lecture de près).

Le 13 juin, le strabisme externe mesure 25°. Les mouvements d'élévation, d'adduction et d'abaissement sont encore très faibles. Le ptosis est encore très marqué, la paupière supérieure ne peut remonter au-dessus de la partie moyenne de la pupille. Il existe à ce moment une diplopie croisée intermittente.

Le 19 juin, le ptosis a diminué ; la paupière supérieure effleure le bord supérieur de la pupille moyennement dilatée. Les mouvements d'élévation et d'abaissement du globe sont toujours très limités, mais l'abduction est meilleure. Le réflexe lumineux est normal. L'accommodation est encore suffisante. La vision de loin est normale. Il existe encore une diplopie intermittente. (Toulant et Combessédès.)

A ce moment, le malade sort de l'hôpital et nous ne le voyons plus qu'à de rares intervalles. Vers le 15 juillet, le ptosis et le strabisme persistent encore. Au début d'octobre, près de six mois après le début des accidents, la paralysie oculaire et les symptômes nerveux ont complètement disparu. P... a pu reprendre son travail d'employé de façon tout à fait normale.

OBSERVATION II. — Voici, par contre, l'observation d'un homme de 29 ans, R. C., d'un état de santé toujours parfait jusqu'à la 25^e année, sans antécédents syphilitiques. A cette époque, il présente de l'adénopathie cervicale à droite et un certain amaigrissement. Il est employé aux Halles et peut continuer cependant son métier. L'adénopathie persiste sans suppuration.

L'année dernière, au mois de février 1913, au troisième jour d'un accès migraineux à prédominance hémicranienne droite, il présente des vomissements et une paralysie douloureuse de la III^e paire à gauche, ptosis et diplopie. Il va consulter aux Quinze-Vingts. On n'aurait rien constaté au fond de l'œil et on lui prescrit un traitement syphilitique. En trois semaines, les phénomènes rétrocedent, et R. C. peut reprendre son travail, sans aucune séquelle migraineuse ou oculaire, ou trouble nerveux. Cinq mois se passent sans incident.

En septembre, un fléchissement de l'état général survient, avec amaigrissement. Une seconde grande crise migraineuse avec ophtalmoplégie typique de la VI^e paire survient de nouveau, sans aucune réaction sensitivo-motrice des membres.

La fièvre fait son apparition et, un mois après, le malade succombe à une méningite tuberculeuse classique, sans qu'il y ait eu rétrocession ophtalmoplégique.

Ce qui fait l'intérêt biologique de ce cas, c'est qu'une première ponction lombaire fut pratiquée lors de la première crise (février 1913) et que, déjà à cette époque, il y avait augmentation de pression du liquide rachidien, hyperalbuminose à 0,85 centigr. par litre (au lieu de 25 centigr. la normale) et légère lymphocytose, sans bacilles de Koch; l'inoculation au cobaye était négative. Et cependant, pendant près d'un semestre après cette constatation humorale, la lésion méningée ou méningo-corticale est restée tout à fait latente. Une seconde ponction faite en septembre 1913, au cours de la méningite déclarée, a montré le liquide classique de la sérite tuberculeuse avec inoculation positive au cobaye.

Ces observations d'états migraineux montrent tout l'intérêt de l'étude du liquide céphalo-rachidien chez de tels malades. Dans certains cas, cet examen seul permettra de préciser la nature diagnostique et pronostique d'une migraine simple ou associée, dite arthritique à évolution bénigne; et d'un état migraineux secondaire, symptomatique et à pronostic souvent redoutable. La clinique, par ses seules ressources, est souvent impuissante à marquer cette scission.

M. BABONNEIX. — Au sujet des très intéressantes recherches de M. Sicard, je voudrais faire remarquer : 1^o que, dans la migraine dite essentielle, il existe souvent des réactions méningées cliniquement appréciables : photophobie, mydriase ou myosis, raideur de la nuque ou des jambes, vomissements, bradycardie, etc.; 2^o qu'à la migraine simple ou essentielle peuvent succéder, comme en témoignent malheureusement des exemples fournis par des médecins, des affections graves de l'encéphale : hémorragie ventriculaire, tumeur cérébrale.

M. HENRI CLAUDE. — Je me range volontiers à l'opinion émise par M. Sicard en ce qui concerne l'état du liquide céphalo-rachidien chez les sujets atteints de syndromes migraineux. La constatation de l'hypertension, de l'hyperalbuminose et de la lymphocytose ou de l'un de ces caractères à un degré très accusé, doit faire songer à l'existence d'une lésion organique à l'origine du syndrome. La clinique nous offre malheureusement trop souvent des cas dont les caractères sont loin d'être aussi tranchés. Ce que nous voyons le plus souvent dans la pratique, ce sont des sujets dont l'état de santé général est peu troublé, mais qui se plaignent d'accès de céphalée, avec nausées et même vomissements, ou qui souffrent d'une façon à peu près continue pendant des périodes assez longues. On les a traités de longue date comme des migraineux. Vient-on à faire une ponction lombaire, on trouve tantôt une pression de 20 à 30 c. c. d'eau,

et un peu plus d'albumine qu'à l'état normal, ou bien, avec une pression normale, quelques lymphocytes. Il est bien difficile de tirer une conclusion de ces constatations, ou du moins, en l'absence de signes vraiment très nets, il convient de rester dans l'expectative et de ne pas formuler un pronostic sévère. J'ai vu en effet plusieurs cas dans lesquels, malgré une constitution un peu anormale du liquide céphalo-rachidien, on n'observa pas par la suite d'accidents fâcheux. Il s'agit sans doute souvent de phénomènes d'hypertension passagers.

III. Double Monoplégie dissociée d'origine corticale, par MM. REGNARD, MOUZON et LAFFAILLE. (Travail du service du professeur Dejerine.)

Les monoplégies partielles relevant d'une lésion localisée de la zone motrice sont relativement rares; l'un de nous a pu cependant en relever un certain nombre de cas qui ont fait le sujet de sa thèse inaugurale (1). Mais, à notre connaissance, il n'a pas encore été publié d'observation d'une double lésion de la zone motrice produisant à la fois une double monoplégie dissociée brachiale et crurale: c'est un cas de ce genre que nous rapportons aujourd'hui:

OBSERVATION. — Mme Au..., âgée de 26 ans, ménagère, est entrée à la Salpêtrière le 30 avril 1914. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires; elle a été mariée à 18 ans, elle a eu un enfant à 19 ans et, un an après, une fausse-couche de six semaines; aucune autre maladie antérieure.

Depuis longtemps, notre malade est sujette à des céphalées passagères mais très fréquentes, qui se sont exagérées ces dernières années; elles sont augmentées par la position basse de la tête et aussi par les efforts de toux et d'éternuement.

Il y a dix-huit mois, elle commença à remarquer quelques troubles de la vue; non pas de la diplopie proprement dite, mais un léger trouble, un flou, principalement dans le regard à gauche.

Quelques mois après, en janvier 1913, l'usage de la main droite devenait plus difficile, rendant presque impossible l'écriture et la couture, et en même temps la marche devenait pénible, par parésie de la jambe droite. Ces phénomènes parétiques s'établirent d'une façon insidieuse et progressive, s'accompagnant de fourmillements dans les membres; il n'y eut jamais d'ictus ni d'accentuation brusque des symptômes; mais l'impotence fonctionnelle variait et varie encore beaucoup d'un jour à l'autre, ainsi d'ailleurs que les troubles de la vue; en particulier, certains muscles du bras sont parésés un jour, qui avaient conservé toute leur motilité la veille et qui la retrouveront le lendemain; seuls un certain nombre de muscles bien déterminés restent entièrement paralysés d'une façon constante.

En février 1913, apparaissait, d'une façon également insidieuse, un peu de dysarthrie, caractérisée par du bredouillement, mais sans paraphasie, sans trouble de la lecture ni du langage intérieur, d'après ce que rapporte la malade. Cette dysarthrie fut de courte durée et ne se prolongea pas plus de quelques semaines.

A l'heure actuelle on ne trouve plus aucun trouble de la parole, aucun trouble psychique, mais on trouve une double monoplégie brachiale et crurale du côté droit.

Au membre supérieur droit, la paralysie porte uniquement sur quelques muscles de la main et du poignet:

1° L'extension des doigts est presque impossible, surtout pour les dernières phalanges; leur flexion est conservée, bien que diminuée; l'adduction et l'abduction des doigts ne peuvent pas s'effectuer;

2° L'extension et la flexion du poignet sont un peu affaiblies;

3° Tous les mouvements de l'avant-bras et du bras sont normaux.

Il n'existe pas de raideurs, pas d'hypotonie, pas d'atrophie musculaire, pas de tremblements fibrillaires.

Les réflexes tendineux (radial, bicipital, tricipital, cubito-pronateur) sont tous brusques et forts, de même que les réflexes idio-musculaires.

La sensibilité superficielle, tactile, douloureuse, thermique est intacte sur toute la

(1) M. REGNARD.

surface du membre. Le sens des attitudes, la sensibilité osseuse ne sont pas altérés ; le sens stéréognostique est peu modifié, mais il semble diminué vers la partie interne de la main gauche ; le compas de Weber ne montre pas de différence dans la largeur des cercles du côté droit ou gauche, sauf à la face palmaire du IV^e et du V^e doigt, où les cercles atteignent 2 ou 3 centimètres à droite, 1 cent. 1/2 à gauche.

Il n'existe ni troubles vaso-moteurs, ni troubles trophiques.

Au membre inférieur droit, la démarche est un peu modifiée, la malade traîne la pointe du pied par terre et tend même parfois à faucher ; de plus, le pied tend à se mettre en varus équin ; au bout d'un moment de marche, lorsque la fatigue vient, le pied ne repose plus par terre que par son bord externe.

L'exploration analytique des mouvements au membre inférieur fait constater que ce sont les mouvements du pied qui sont le plus sérieusement atteints :

1^o Le jambier antérieur est un peu affaibli ; mais surtout l'extenseur commun des orteils est complètement paralysé, tandis que l'extenseur propre du gros orteil est intact. La flexion plantaire du pied est bonne, ainsi que la flexion des orteils. Les péroniers latéraux sont totalement paralysés ;

2^o L'extension et la flexion de la jambe sont bien conservées ;

3^o Les mouvements de la cuisse sont intacts.

Au membre inférieur, il n'existe non plus ni raideurs, ni hypotonie, ni atrophie musculaire.

Le réflexe rotulien est brusque et fort ; l'achilléen légèrement exagéré. La contraction idio-musculaire n'est pas modifiée.

Il existe des réflexes de défense.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion dorsale.

Il existe du clonus du pied et du clonus de la rotule.

Les sensibilités superficielles et profondes sont intactes ; il n'existe pas de troubles trophiques ; mais le pied droit semble plus froid que le gauche et la malade elle-même a remarqué ce fait.

Le membre supérieur gauche est absolument normal ; il n'y existe pas de paralysie ; aucun trouble de la sensibilité, ni des réflexes.

Le membre inférieur gauche ne présente pas de troubles moteurs, mais les réflexes y sont forts, bien que moindres qu'à droite ; les clonus du pied ou de la rotule ne peuvent cependant y être produits.

Il n'existe aucun trouble des sphincters.

Il n'y a pas de paralysie faciale, ni au repos, ni dans les mouvements commandés ou spontanés, aucune déviation de la langue, pas de tremblements fibrillaires de cet organe.

L'examen électrique des muscles, pratiqué par M. Bourguignon, le 12 mai 1914, a donné les résultats suivants :

1^o Avant-bras et main droite : DR légère dans l'adducteur du V^e doigt. Les autres muscles de la main, sauf ceux de l'éminence thénar, qui sont normaux, présentent de l'élévation des seuils, simple, sans DR.

Les extenseurs de l'avant-bras ont la même réaction.

2^o A la jambe, il y a élévation du seuil sans DR, surtout dans le groupe antéro-externe.

L'examen des yeux ne montre pas de strabisme apparent dans les mouvements des yeux, mais des secousses nystagmiformes dans le regard à gauche, qui n'existent ni dans le regard à droite, ni dans le regard en haut ou en bas. L'examen au verre rouge montre une diplopie latérale homonyme, les deux lumières étant éloignées de 10 centimètres, ce qui traduit une paralysie du moteur oculaire externe gauche.

Le champ visuel est normal.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière comme à l'accommodation. Le réflexe cornéen est normal ; le fond d'œil ne présente aucune altération.

L'audition est bien conservée, il n'y a jamais eu de vertiges, ni de troubles de l'équilibre.

Dans aucun des quatre membres on ne constate ni tremblements, ni incoordination d'aucune sorte, ni trouble de la diadochocinésie, ni dysmétrie, ni décomposition des mouvements.

L'examen viscéral ne fournit aucun renseignement ; il n'existe, ni sur le tégument, ni au niveau des muqueuses, aucun signe de syphilis, aucune altération des fonctions digestives ou respiratoires, pas de lésion cardiaque ; pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

La réaction de Wassermann a été positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

La ponction lombaire a fourni un liquide clair non hypertendu, sans lymphocytose.

Il est donc bien établi que notre malade porte une double monoplégie dissociée brachiale et crurale, limitée, ainsi qu'il est presque de règle, aux extrémités des membres. Très certainement, il s'agit dans cette observation d'une double lésion corticale de la zone motrice. Contre l'hypothèse d'une lésion périphérique radriculaire, nous notons, en effet, l'exagération des réflexes, le signe de Babinski et l'absence de troubles de la sensibilité. Il est difficile d'admettre qu'une lésion médullaire produise des troubles moteurs aussi limités, sans aucune amyotrophie; la paralysie est aussi trop précise, trop dissociée pour faire penser à une lésion de la capsule interne.

C'est donc bien d'une double lésion corticale qu'il s'agit; quelle est la nature de cette lésion? Nous n'avons pas dans notre cas l'évolution d'un foyer hémorragique et nous n'avons aucun symptôme de tumeur cérébrale. Il nous semble beaucoup plus rationnel d'admettre dans la genèse de l'affection le rôle probable de la syphilis. Il existe, probablement, chez notre malade des placards disséminés de méningite syphilitique, causant, d'une part, la paralysie limitée des membres et, d'autre part, la paralysie de la VI^e paire à gauche. Ce qui vient encore confirmer ce diagnostic, c'est l'heureux effet du traitement mercuriel, la malade éprouvant une amélioration évidente de ses troubles depuis qu'elle y a été soumise.

M. DEJERINE. — J'ai observé un assez grand nombre de cas de monoplégies partielles, dissociées, soit du membre supérieur, soit du membre inférieur, dont la plupart ont été publiées par M. Regnard dans sa thèse inaugurale (1913), mais c'est la première fois qu'il m'est donné de voir la forme d'hémiplégie si spéciale présentée par cette malade et qui n'est autre que l'association de deux monoplégies partielles, limitées seulement à quelques muscles du membre supérieur et du membre inférieur.

IV. Syndrome particulier de la Calotte Pédonculaire (Troubles cérébelleux et agnosie), par MM. HENRI-CLAUDE et QUERCY.

OBSERVATION. — Mme M..., 39 ans, entre à l'hôpital le 14 janvier 1914 et se plaint de troubles de l'équilibre. Il y a quinze jours (fin décembre 1913), elle a constaté qu'elle sentait mal les objets, elle a ressenti de l'engourdissement des mains, puis du reste des membres supérieurs et de tout le corps; enfin, la station debout est rapidement devenue impossible. Elle a éprouvé quelques vertiges, mais n'a pas souffert de la tête, n'a pas vomi et n'a rien présenté qui rappelle un ictus.

14 janvier 1914. — La force musculaire est légèrement diminuée; il existe une certaine raideur et une tendance aux mouvements syncinétiques. Au repos, dans la position couchée, il n'y a pas de tremblement et il n'apparaît pas de mouvements anormaux. Mais, dès qu'on fait exécuter à la malade un acte quelconque ou qu'on lui fait garder une attitude, on obtient un léger tremblement.

Au niveau des membres supérieurs, il est facile de vérifier l'existence des troubles ataxiques classiques: elle ne met le doigt sur le nez qu'après des oscillations très nettes, la diadococinésie est fortement troublée, surtout à droite et la dysmétrie est évidente. De plus, les gestes complexes sont difficiles ou impossibles.

La station assise et la station debout sont très fortement compromises par de grandes oscillations en sens divers et non corrigées, et la malade tomberait certainement si elle n'était soutenue.

La parole est lente, hésitante, appuyée, mais non explosive.

Les réflexes tendineux, osseux et cutanés sont normaux.

La sensibilité subjective est normale.

Les sensibilités superficielles sont à peu près normales. Quand on insiste, quand on l'encourage, on finit par obtenir les réponses les plus correctes; mais on pourrait facilement croire que la sensibilité tactile a subi une diminution ne permettant plus à la malade de sentir le contact du flocon d'ouate. La piqûre et les températures moyennes ou extrêmes sont bien appréciées.

La sensibilité osseuse et la sensibilité à la pression sont conservées, mais l'examen est un peu gêné par une réelle hyperesthésie.

Le sens des attitudes est troublé; la malade ne se trompe pas sur le sens d'un déplacement ou la nature d'une attitude, mais elle fait des erreurs grossières quand on lui demande d'apprécier, par exemple, le *degré de flexion ou d'écartement de ses doigts*.

Il existe un élargissement considérable des cercles de Weber et, bien des fois, il nous faut piquer deux segments (deux phalanges, la jambe et la cuisse) pour qu'elle discerne deux piqûres; mais ici, comme à propos de la sensibilité tactile, nous devons noter qu'on peut animer la malade à perfectionner ses réponses.

Le sens stéréognostique est extrêmement diminué; la palpation des objets est des plus maladroites, il lui arrive de les lâcher sans s'en apercevoir, elle n'arrive presque jamais à les identifier, même les plus familiers, et l'identification primaire présente des lacunes considérables. L'insistance de l'observateur n'amène aucun progrès dans les réponses.

L'examen des organes des sens offre certaines difficultés, du fait d'un état psychique sur lequel nous reviendrons.

L'œil droit, victime d'un traumatisme ancien, n'a pu être utilement examiné: il semble cependant que sa motilité volontaire soit normale.

L'œil gauche est normal au point de vue dioptrique, l'acuité visuelle n'a pu être mesurée, mais paraît diminuée, la malade ayant besoin d'une loupe pour lire les petits caractères (hypermétropie); la pupille réagit bien et le fond de l'œil est normal.

Les deux yeux sont enfin animés d'un léger nystagmus horizontal, dont la secousse rapide se fait vers la gauche.

L'audition, examinée minutieusement, est normale.

Les renseignements fournis par l'examen de l'appareil vestibulaire ne sont pas absolument nets; tantôt les résultats sont normaux, tantôt on croit pouvoir conclure à l'hypoexcitabilité du labyrinthe gauche et parfois même à son inexcitabilité.

L'excitation galvanique n'amène ses effets habituels qu'à partir de 8 mm A. La rotation entraîne des réactions exagérées. L'excitation calorique enfin donne les résultats variables que nous avons mentionnés.

Olfaction et gustation normales.

Il existe chez cette malade quelques troubles psychiques: elle ne paraît s'intéresser à rien, elle ne demande aucun service, ne pose aucune question, reste immobile dans son lit, un peu figée et somnolente. On n'obtient son attention que graduellement et pour une durée limitée, et il faut souvent répéter les questions.

Par contre, il n'existe aucune désorientation, aucun trouble de la mémoire, aucun trouble du jugement. A noter des cauchemars plus ou moins terrifiants. La malade est, en effet, un peu alcoolique et on se rappelle que nous avons mentionné une certaine hyperesthésie à la pression.

Ponction lombaire: pression, 28; pas d'albumine, pas de lymphocytose, Wassermann négatif.

Les grands appareils organiques sont normaux.

Ces divers troubles n'ont pas tous eu la même évolution. Les troubles de l'équilibre, de la diadococinésie, de la mesure des mouvements, etc., se sont graduellement atténués; la malade peut actuellement marcher seule; un phénomène très net au début (la déviation de l'index à gauche dans le mouvement d'indication de haut en bas) a disparu, les mouvements simples s'exécutent plus rapidement et plus correctement, les oscillations du tronc sont moindres, mais il ne faut pas demander à la malade de lever la tête et de regarder en l'air; elle tombe inmanquablement, dans une direction quelconque et sans corriger le trouble de l'équilibre.

La force musculaire est toujours un peu amoindrie mais les réflexes sont normaux.

Les troubles de la sensibilité ont persisté sous la forme que nous avons décrite; mais nous voulons insister encore aujourd'hui sur leur hiérarchie: le contact du flocon d'ouate est toujours perçu, mais il faut parfois faire appel à l'attention de la malade. Les sensibilités thermique et douloureuse n'appellent aucune remarque, pas plus que la sensibilité osseuse ou la baresthésie: le sens des attitudes est normal en ce sens que la malade

arrive toujours à préciser et à reproduire les attitudes qu'on lui impose; mais il est troublé, si l'on veut, puisque les réponses exactes ne sont obtenues que si l'observateur est patient et la malade bien disposée. Les cercles de Weber, immenses au début d'un examen, se retrécissent à mesure qu'on insiste, mais ne se réduisent pas au-dessous d'une largeur double de la largeur normale. L'identification primaire appelle des observations analogues; l'identification secondaire est presque entièrement abolie.

Divers examens des yeux n'ont rien apporté de nouveau (pas d'hémianopsie).

Nous voulons insister sur les divers examens de l'oreille. Dès les premiers jours, la malade s'est plaint de mal entendre et nous avons cru voir évoluer une surdité progressive; il a bientôt fallu lui parler très fort, soit dans l'oreille, soit en la regardant bien en face; puis nous nous sommes aperçu qu'on pouvait parfaitement se faire comprendre d'elle, même en lui parlant à voix basse, même en lui fermant les yeux, pourvu qu'on répète deux ou trois fois les questions. L'examen acoumétrique a confirmé l'impression qui résulte du dernier fait: les fonctions acoustiques de cette malade sont absolument normales.

Il en est de même de son appareil vestibulaire, et, aujourd'hui, l'excitation calorique donne chez elle ses résultats les plus normaux.

Les troubles psychiques se sont également limités, la malade s'est graduellement éveillée; elle va et vient dans le service, achète et lit son journal, participe à sa toilette que sa maladresse lui interdit de faire seule et répond correctement aux questions les plus variées. Mais, si nous notons que nous avons pu considérer cette malade comme une sourde et qu'il faut, ou bien lui parler très fort, ou bien répéter plusieurs fois les questions, si nous rappelons qu'on est également amené à lui accorder une sensibilité superficielle normale quand on insiste pour obtenir son attention, si nous remarquons qu'elle répète presque toujours, lentement et après réflexion, les questions qu'on lui pose (« vous me demandez si je vous entends bien; oui, mais je ne comprends pas tout de suite »), et si nous ajoutons enfin qu'elle s'intéresse fort peu à ce qui se dit d'elle auprès de son lit, il nous faut admettre un trouble de la réception d'une nature toute particulière. Il joue un tel rôle dans l'histoire de son apparente surdité que nous sommes tentés de lui accorder une part dans l'interprétation de ses troubles moteurs et surtout de ses troubles sensitifs.

Détail des examens du labyrinthe, 16 janvier 1914. — Déséquilibre sans direction nette de chute. Indication: l'index droit dévie vers la gauche, l'index gauche ne dévie pas. Nystagmus spontané vers la gauche. L'irrigation de l'oreille, l'eau étant à 24 ou à 43°, provoque une réaction normale à gauche et ne modifie pas le nystagmus spontané à droite. L'audition est normale (M. Hautant).

23 janvier 1914. — Les deux vestibulaires réagissent normalement. L'état de l'audition est « suspect » (M. Hautant).

Examen du 26 janvier 1914. — Le labyrinthe droit réagit à 100 centimètres cubes d'eau à 25°. Le labyrinthe gauche reste inexcité par 300 centimètres cubes à 25° ou 100 centimètres cubes à 10°.

Les réactions au fauteuil rotatoire sont très exagérées, surtout à droite. L'apparition des phénomènes caractéristiques du vertige voltaïque ne se réalise qu'à 8 mmA. (M. Hautant).

Examen du 31 janvier. — Le labyrinthe droit exige 300 centimètres cubes d'eau à 20°; on a alors le nystagmus à gauche, mais son apparition est retardée; il en est de même du labyrinthe gauche: nystagmus à droite. En faisant fermer les yeux, la tête s'incline à droite, puis à gauche, et la chute tend à se faire toujours plutôt vers la droite (M. Hautant).

Examen du 23 mai 1914. — 1° Examen otoscopique: oreille moyenne normale des deux côtés.

2° Acoumétrie.

Diapason: 32 V. d.	} perçus normalement par voie aérienne.
64 V. d.	
128 V. d.	
435 V. d.	

Limite supérieure des sons perçus: 16 000 vibrations.

Audition voix basse: 5 mètres, normale.

Weber: indifférent.

Rinne: positif.

Schwabach: légèrement diminué.

3° Labyrinthe postérieur: examen au calorimètre de Brännlgs. Nystagmus rotatoire

et horizontal apparaissant dans les positions optima avec 75 centimètres cubes d'eau à 25°. La direction de la chute n'est pas modifiée par les changements de position de la tête ; elle se fait toujours en arrière, ce qui indique l'intégrité des labyrinthes postérieurs.

En résumé, cette femme présente actuellement : des troubles cérébelleux bilatéraux, caractérisés surtout par des oscillations autour des attitudes ou des directions du mouvement ; par de la dysmétrie et par de la dysarthrie ; un léger nystagmus ; l'intégrité parfaite de l'appareil vestibulaire, l'abolition du sens stéréognostique (identification secondaire surtout) ; une atteinte du sens de la discrimination tactile ; la conservation des autres sensibilités ; une légère diminution de la force sans signes pyramidaux et des troubles psychiques s'exprimant surtout par la lenteur des perceptions et des réponses ; le tout survenu en quelques jours, sans signes d'hypertension, de spécificité ou d'infection aiguë. Il s'agit vraisemblablement d'une lésion vasculaire centrale : hémorragie ou ramollissement très limité, avec œdème, susceptible de régression. Nous croyons pouvoir nous baser sur ce fait que le syndrome s'est constitué tout d'abord en quelques jours pour éliminer toute localisation exigeant des lésions multiples ou étendues et progressives, nous voulons parler de la corticalité pariétale du cervelet et des noyaux de Deiters. Le point où une lésion unique pourra donner lieu au syndrome actuel se trouve à la partie inférieure de la calotte pédonculaire, quand les pédoncules cérébelleux supérieurs, commençant à s'entrecroiser (entre-croisement de Wernekink), refoulent latéralement le ruban de Reil et d'abord les fibres de la sensibilité profonde. A la partie la plus reculée de la région chemine le faisceau longitudinal postérieur et s'échelonnent les noyaux des III^e et IV^e paires.

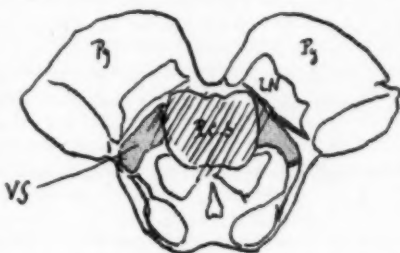


FIG. 1. — Figure représentant en traits obliques la région où peut être localisée la lésion d'après le schéma emprunté au *Traité de Séméiologie* du Dr Dejerine.

Il n'est pas particulièrement curieux de voir une lésion de cette région s'accompagner de troubles cérébelleux diffus, d'un léger déficit de la sensibilité, de nystagmus, de quelques anomalies transitoires des réactions vestibulaires et d'une très légère diminution de la force. Ce qui nous paraît plus intéressant, c'est le déficit psychique de la malade. Nous ne tenterons pas de le définir, nous nous contenterons de redire par quels phénomènes concrets il s'exprime : au début, quand son équilibre était des plus compromis, la malade oscillait et tombait sans tenter jamais de corriger ses erreurs de direction, et maintenant encore, dès qu'on lui fait lever la tête, le phénomène reparait ; toujours, malgré l'intégrité absolue de la sensibilité superficielle et la presque intégrité des sensibilités profondes élémentaires, elle a été incapable de reconnaître au toucher ses objets les plus familiers ; dans les quinze jours qui ont suivi le début de la maladie, elle a graduellement obligé ses interlocuteurs à élever la voix ou, s'ils parlaient bas, à répéter plusieurs fois leurs questions ; et ces questions, elle s'est bientôt mise à les répéter avant d'y répondre. Quand on ne s'adresse pas directement à elle, elle se désintéresse presque entièrement du monde extérieur ; elle entend tout ce qui passe, elle reconnaît n'y rien comprendre. Seul, est correctement reçu et utilisé le contingent des sensations visuelles.

Il ne nous paraît pas qu'on puisse nous reprocher de donner un sens trop élastique au terme « trouble psychique » en l'appliquant à un syndrome qui comporte essentiellement : la non-correction d'oscillations perçues ; l'impossibilité d'adapter à la reconnaissance des objets des sensations superficielles et profondes normales ou à peine émoussées ; enfin les difficultés de la compréhension des sons, difficultés dont elle triomphe si les sons ont une intensité suffisante, si elle peut s'aider de la vision et si elle peut répéter ce qu'on lui dit. Ne pas savoir corriger des erreurs motrices, ne pas pouvoir utiliser des sensations perçues pour en tirer la notion d'un objet, l'obligation de mettre en jeu la vision et la phonation pour éviter la surdité verbale, tout cela nous paraît relever de troubles psychiques. Rappelons maintenant que la malade ne donne aucun signe d'affaiblissement intellectuel et que rien ne nous autorise à incriminer une atteinte de sa corticalité (1). Si on accepte le diagnostic topographique proposé, on ne peut manquer d'être frappé du retentissement d'une telle lésion sur une activité intellectuelle antérieurement normale. L'insuffisance de l'attention, l'apathie, l'asthénie ont été notées dans les syndromes cérébelleux ; elles existent chez notre malade, mais les troubles plus précis que nous avons essayé de décrire nous paraissent liés à l'altération des voies sensitives, et il était intéressant de chercher à définir la nature de la lésion qui s'exprime ainsi.

V. Paraplégie crurale par Néoplasme extra-dure-mérien. Opération.
Guérison, par MM. J. BABINSKI, P. LECÈNE, J. JARKOWSKI.

(Cette communication est publiée comme travail original dans le présent numéro de la *Revue neurologique*.)

M. T. DE MARTEL. — Il ne faut pas se hâter de conclure à l'échec de l'intervention lorsqu'après l'ablation d'une tumeur de la moelle, le sujet ne retrouve ni sensibilité, ni mouvement. Ce n'est parfois qu'après dix et quinze mois que le début de l'amélioration se fait sentir.

Dans un cas de paraplégie provoquée par une tumeur intramédullaire que me firent opérer MM. Gendron et Labbé, le 19 mars 1913, j'ai incisé la moelle sur la ligne médiane, au niveau des IX^e et X^e segments dorsaux, afin d'en extraire la majeure partie d'une tumeur très vasculaire. Après cette opération, qui dura deux heures et demie, le malade se remit parfaitement, mais ne vit pas son état s'améliorer.

En septembre 1913, six mois après l'opération, lorsqu'il quitta Paris pour retourner en Italie, son état restait le même.

Ce n'est que dans ces derniers temps qu'un mieux considérable s'est produit, et à l'heure actuelle, quinze mois après l'opération, ce malade commence à marcher.

Cette observation de tumeur intramédullaire opérée et guérie est, je crois, la première publiée en France ; on en trouvera l'observation complète dans la thèse de Gendron et on la trouvera avec plus de détails encore dans la thèse de mon ami Pierre Beck : *Thérapeutique chirurgicale des tumeurs intramédullaires*.

(1) A noter, pour compléter l'étude de ce psychisme très particulier, que depuis cette présentation notre malade a pu se rendre seule à Valenciennes et revenir.

VI. Contribution à l'Étude des Troubles Mentaux dans l'Hémiplégie organique cérébrale (Anosognosie),

par M. J. BABINSKI.

Je désire attirer l'attention sur un trouble mental que j'ai eu l'occasion d'observer dans l'hémiplégie cérébrale, et qui consiste dans ce fait que les malades ignorent ou paraissent ignorer l'existence de la paralysie dont ils sont atteints.

Il est bien entendu que je fais abstraction des cas où, l'intelligence étant très amoindrie, le malade ne peut avoir qu'une notion vague de ce qui le concerne.

J'écarte également les faits où les fonctions intellectuelles, sans être aussi profondément touchées, ont cependant subi une perturbation notable.

A ce sujet, je rappelle une observation publiée par M. Barat et intitulée : « Substitution des images aux sensations, à propos d'un cas d'hallucinations et d'illusions multiples. » (*Journal de Psychologie normale et pathologique*, numéro de mars-avril 1912.) La malade qui fait l'objet de ce travail était atteinte d'hémiplégie gauche et de cécité. Quoique le déficit intellectuel n'atteignit que très peu le jugement et le raisonnement, elle ne se rendait pas compte de sa paralysie. Mais elle présentait de la confusion mentale. « La désorientation dans le temps et l'espace est complète. » De plus, cette malade a « des hallucinations visuelles manifestes ; elle voit des lampes tout près d'elle et demande qu'on les retire, car elles lui font mal aux yeux ; elle a aussi des illusions et peut-être des hallucinations auditives ».

Les observations que je vais rapporter, tout en ayant des analogies avec celle qui précède, en diffèrent sensiblement. Les fonctions psychiques, que je n'ai pas eu d'ailleurs le loisir d'étudier avec détails comme je l'aurais voulu, n'étaient peut-être pas dans un état d'intégrité parfaite ; mais, d'après ce que j'ai constaté et les renseignements complémentaires qui m'ont été fournis, je puis dire qu'il n'y avait ni confusion mentale, ni fabulation, ni hallucinations.

Une des malades en question, examinée par le docteur Langlois, agrégé de la Faculté, frappée d'hémiplégie gauche, a, pendant plusieurs mois, conservé en grande partie ses facultés intellectuelles et affectives. Elle se souvenait bien des événements passés, causait volontiers, s'exprimait correctement, émettait des idées sensées ; elle s'intéressait aux personnes de sa connaissance et en demandait des nouvelles ; elle s'entretenait avec les siens à peu près comme avant l'ictus. Pas d'hallucinations, de divagations, de confusion, de fabulation. Ce qui contrastait avec la conservation apparente de l'intelligence de cette malade, c'est qu'elle semblait ignorer l'existence de l'hémiplégie presque complète dont elle était atteinte et qu'elle avait cependant redoutée pendant plusieurs années. Jamais elle ne s'en plaignit ; jamais elle n'y fit même allusion. Si on lui disait de mouvoir le bras droit, elle exécutait immédiatement l'ordre donné. Lui demandait-on de mouvoir le bras gauche, elle restait immobile, gardant le silence et se comportant comme si la question avait été adressée à une autre personne.

Je dois faire remarquer que la sensibilité des membres paralysés était troublée mais non abolie ; la malade percevait un peu les déplacements passifs et se plaignait parfois de douleurs à l'épaule gauche.

J'ajoute que des désordres mentaux graves apparurent ultérieurement et que la malade finit par succomber, après être restée quelque temps dans un état démentiel.

Une autre malade, que j'ai observée avec le docteur Larcher, atteinte également d'hémiplégie gauche consécutive à un ictus, s'est présentée pendant plusieurs mois sous un aspect à peu près semblable. Comme dans le cas précédent, on ne constata durant cette période, ni hallucinations, ni confusion, ni fabulation. Toutefois, elle était un peu surexcitée; sa mentalité était modifiée et, au dire de la femme de chambre qui la servait depuis de nombreuses années, elle tenait parfois des propos qui, de sa part, semblaient étranges. Mais sa mémoire était excellente, sa conversation vive et même intéressante; elle plaisantait, rappelait à son médecin qu'il l'avait toujours guérie des divers maux dont elle avait souffert, mais lui faisait remarquer que, cette fois, « sa science était impuissante ».

Lorsqu'on lui demandait d'indiquer avec précision ce qui la gênait, elle répondait qu'elle avait mal au dos, ou encore qu'elle souffrait de sa phlébite ancienne (effectivement, elle avait eu autrefois une phlébite), mais elle ne se plaignait nullement de son membre supérieur, qui cependant était absolument inerte. Elle exécutait du côté droit tous les mouvements qu'on la priait d'accomplir. Quand on l'invitait à mouvoir le bras gauche, ou bien elle ne répondait pas, ou bien elle disait simplement : « Voilà; c'est fait ». Comme la question de l'électrothérapie avait été discutée devant elle, elle fit à son médecin, quelques jours après la consultation, cette remarque : « Pourquoi donc a-t-on l'intention de m'électriser ? Je ne suis pourtant pas paralysée. »

Chez cette malade, l'anesthésie était profonde; elle ne paraissait pas percevoir les déplacements passifs du membre supérieur.

J'ai appris que plus tard son intelligence s'affaiblit progressivement; elle devint démente et mourut.

Il est, je crois, permis de se servir d'un néologisme pour désigner cet état et de l'appeler *anosognosie*.

J'ai observé aussi quelques hémiplégiques qui, sans ignorer l'existence de leur paralysie, semblaient n'y attacher aucune importance, comme s'il se fût agi d'un malaise insignifiant. Un pareil état pourrait être dénommé *anosodiaphorie* (*ἀδιαφορία*, indifférence, insouciance).

Comment interpréter ces faits ?

On pourrait supposer que cette ignorance de la malade, cette anosognosie est feinte; on sait que bien des malades, par coquetterie, par amour-propre, cherchent à dissimuler les troubles dont ils sont atteints, mais, dans l'espèce, cette dissimulation eût été absolument vaine, car l'existence de la paralysie ne pouvait échapper à l'attention de personne. S'il s'agit d'une tentative de dissimulation, la persistance que les malades y ont apportée est remarquable, car elles auraient tenu sans aucune défaillance, pendant plusieurs mois, le rôle qu'elles se seraient proposé de jouer.

Doit-on admettre plutôt que l'anosognosie est réelle ? Je ne saurais l'affirmer, et il m'a été impossible d'interroger les malades d'une façon suffisante pour être fixé sur ce point. En effet, dans les deux cas que j'ai relatés, les familles considéraient cette aberration comme providentielle en quelque sorte et nous avaient demandé instamment d'éviter toute question pouvant détromper les malades et les troubler dans leur quiétude. Si elle est réelle, les troubles de sensibilité jouent vraisemblablement un rôle important dans leur genèse.

Quelle que soit l'hypothèse que l'on accepte, il s'agit là d'un phénomène qui m'a paru digne d'être signalé, et que je me propose d'étudier à fond si l'occasion se présente à moi de le faire.

Je ferai remarquer, en terminant, qu'il s'agissait, dans les cas observés, d'hémiplégie gauche. L'anosognosie serait-elle particulière aux lésions occupant l'hémisphère droit ?

M. SOUQUES. — J'ai eu l'occasion d'observer, récemment, un cas semblable à ceux que vient de rapporter M. Babinski. Ce cas concerne un de nos confrères, qui fut pris, un matin, d'état vertigineux et, peu après, d'hémiplégie gauche, sans aucune perte de connaissance. Je le vis le lendemain et, pendant deux mois, je l'ai revu trois fois par semaine. Il s'agissait d'hémiplégie organique, accompagnée d'hémi-anesthésie superficielle et profonde, complète et totale.

Ce malade, à l'esprit très cultivé et très fin, ne paraissait pas présenter de troubles intellectuels appréciables. Je ne voudrais pas dire que sa mémoire fût intacte; je n'ai pas fait d'examen suffisant dans ce sens. Mais il était parfaitement lucide; trois jours après le début, il s'intéressait aux journaux et aux brochures qu'il lisait ou qu'on lui lisait. Rien dans sa conversation ne trahissait une déchéance intellectuelle notable. Or, dès le début et pendant un mois environ, il ne sembla pas avoir notion de son hémiplégie. Les siens, comme moi, s'étonnaient de son silence à cet égard et de cet oubli de sa paralysie qui était complète. Je prononçai, un jour, le mot d'hémi-parésie; il parut n'y pas faire attention. Ce n'était, chez lui, ni coquetterie ni résignation; c'était une espèce d'oubli de son côté gauche. Je me demande si l'anesthésie ne jouait pas quelque rôle dans cet état mental. Quoi qu'il en soit, ce cas rappelle les faits très intéressants que M. Babinski vient de désigner sous le nom d'anosognosie.

M. DEJERINE. — Les malades de M. Babinski, comme celui de M. Souques, présentent des altérations de la sensibilité dans leurs membres paralysés; il est possible que cette particularité entre en ligne de compte dans l'indifférence qu'ils manifestaient vis-à-vis de leur impotence.

M. PIERRE MARIE. — Je me demande s'il n'y a pas lieu de considérer qu'on peut observer un trouble psychique du même genre, non seulement dans certaines affections du système nerveux, mais encore dans un grand nombre d'affections viscérales. On voit, par exemple, des malades atteints d'affections graves de l'appareil urinaire qui n'ont pas l'air de se douter qu'ils sont atteints d'une affection de ce genre.

M. GILBERT BALLEZ. — Les faits rapportés par M. Babinski sont très intéressants.

On observe parfois une inconscience du trouble existant, analogue à celle qu'il vient de signaler chez les hémiplégiques, chez des malades atteints de tumeur cérébrale, qui cessent non seulement de se plaindre de la céphalée, qu'ils accusaient antérieurement et qu'on peut supposer avoir disparu, mais qui affirment n'avoir aucun trouble de la vue, alors qu'ils sont affectés de cécité complète.

Il y aurait lieu d'étudier méthodiquement, dans ce cas, l'état de la mémoire de fixation.

M. HENRY MEIGE. — Il est remarquable et tout à fait exact que certains hémiplégiques témoignent d'une sorte d'indifférence pour leur infirmité. On dirait qu'ils se désintéressent des parties d'eux-mêmes auxquelles ils ne peuvent plus commander ou qu'ils commandent avec peine.

A coup sûr, il existe une disproportion entre l'impotence physique du sujet et les réactions mentales que son amoindrissement semble devoir provoquer.

Tandis qu'il est fréquent de voir un aphasique s'emporter, se lamenter à l'occasion d'un effort infructueux de parole, par contre, l'hémiplégique se plaint plus rarement de l'inertie de son bras ou de sa jambe. Est-ce résignation, désir de cacher à lui-même ou à autrui une infériorité qui l'afflige? Il se peut, dans certains cas; mais dans d'autres on a affaire à un trouble psychopathique véritable.

J'ai été souvent frappé, pour ma part, de la rapidité avec laquelle les hémiplégiques paraissent avoir oublié le fonctionnement de leurs membres paralysés.

Les tentatives de rééducation motrice mettent bien ce fait en évidence. Même avec les sujets cultivés et jeunes encore, qui ont parfaitement compris le but thérapeutique poursuivi, on se heurte parfois à des incapacités singulières, qui ne sont ni de l'impotence, ni de la négligence, ni du manque de confiance dans les résultats.

Alors même que l'activité motrice, passagèrement abolie, est récupérée dans certains groupes musculaires, on voit les malades persister dans leur inertie et négliger de faire des mouvements qui, cependant, sont redevenus possibles. Rien ne semble les inciter à les exécuter spontanément. Avec l'arrêt transitoire de la motilité paraît avoir sombré toute mémoire de la fonction; c'est comme si les membres paralysés n'avaient jamais existé. L'hémiplégique les ignore.

Ces remarques, dont j'avais fait part il y a une dizaine d'années (4), m'avaient conduit à admettre l'existence d'*amnésies motrices fonctionnelles* chez les hémiplégiques.

Il se pourrait que les faits, si intéressants, signalés aujourd'hui par M. Babinski fussent sous la dépendance d'un processus psychopathique analogue : anosognosie par amnésie motrice fonctionnelle.

M. HENRI CLAUDE. — A propos de troubles de sensibilité auxquels on peut attribuer ces hémiplégies ignorées, je rappellerai certaines modifications de la sensibilité que j'ai observées chez un sujet dont j'ai rapporté l'observation à la Société médicale des Hôpitaux et qui était atteint d'hémiplégie gauche avec apraxie droite. Cet homme, dont l'intelligence était très suffisamment conservée, était incapable de localiser les excitations cutanées; lorsqu'on le piquait, il accusait la piqure, mais la situait toujours dans des parties du corps très éloignées de la région excitée. J'avais pensé qu'il s'agissait, chez ce malade, d'un trouble dans la représentation topographique des diverses parties du corps, et j'avais désigné ce trouble par le terme de topo-anesthésie. Il est possible que, dans les faits auxquels M. Babinski fait allusion, il s'agisse également d'une perte de la représentation du membre paralysé, lequel n'est plus rappelé à l'attention du sujet par les excitations motrices ou psycho-motrices.

VII. Dissociation des Sensibilités profondes : Conservation du sens des attitudes segmentaires, de la sensibilité à la pression et du sens de discrimination profond avec perte de la sensibilité osseuse chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle. Conservation de la perception stéréognostique, par MM. J. JUMENTIE et A. CEILLIER. (Travail du service du professeur Dejerine.)

La malade dont nous donnons l'observation est très intéressante pour l'étude

(4) HENRI MEIGON, *Les amnésies motrices fonctionnelles*. Septième Congrès de médecine interne, Paris, 24-27 octobre 1904; *Revue neurologique*, 1905, p. 183.

des rapports de la perception stéréognostique avec les sensibilités superficielles et les profondes, en particulier avec le sens des attitudes.

OBSERVATION. — Mme V..., âgée de 50 ans, est entrée à la clinique Charcot, il y a trois semaines, se plaignant de faiblesse du bras gauche.

Elle ne présente aucun antécédent pathologique à relever. En 1893, alors qu'elle portait un panier accroché au bras gauche, celui-ci fut brusquement paralysé, ou du moins devint raide et immobilisé en extension; il fut mis dans le plâtre durant trois mois, sans qu'on puisse deviner la raison de ce traitement, car il n'y avait pas de fracture. Quoi qu'il en soit, une amélioration notable survint et il persista seulement un peu de gêne et de raideur. En 1905, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde qui avait été d'intensité moyenne, apparurent, dans ce même bras, de violentes douleurs, surtout accentuées dans le bord interne de la main et de l'avant-bras, irradiant faiblement dans

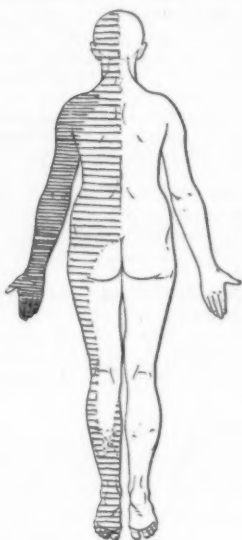


FIG. 1.

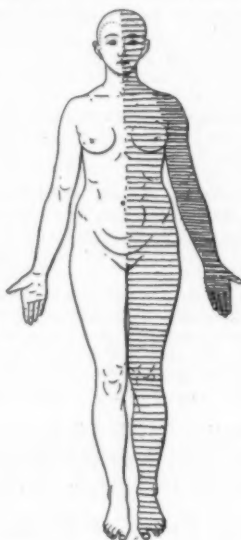


FIG. 2.

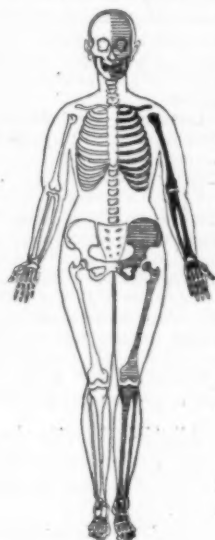


FIG. 3.

le bras, la moitié gauche du cou et de la partie supérieure du thorax. A partir de cette époque, les muscles de la main, puis ceux de l'avant-bras commencèrent à s'atrophier, et la malade s'aperçut qu'elle avait perdu le tact et qu'elle ne sentait plus la douleur ni la température dans la moitié gauche du corps. Ajoutons que depuis six mois il exista un peu de faiblesse dans le membre inférieur correspondant et que la malade accuse de la diplopie intermittente.

Examen. — On note une atrophie moyennement prononcée du membre supérieur gauche, surtout marquée en C⁶ et D₁, et allant en diminuant de l'extrémité vers la racine : à la main, l'atrophie porte sur les muscles des éminences thenar et hypothénar et sur les interosseux, à l'avant-bras elle prédomine au niveau des fléchisseurs, des extenseurs et des cubitiaux, elle est moins intense dans les radiaux et le long supinateur; les muscles du bras sont légèrement pris; enfin, les muscles de l'épaule (le deltoïde excepté) sont respectés.

Il n'y a pas de paralysie, mais une diminution de la force dans les muscles malades, proportionnelle au degré de l'atrophie; au niveau du membre inférieur gauche il existe une légère faiblesse généralisée à tous les segments.

Tous les réflexes du membre supérieur gauche sont abolis, à droite le réflexe des fléchisseurs des doigts est vif alors que le réflexe du radius est presque aboli, l'olécranien est également très faible (seule, la longue portion du triceps se contracte), le réflexe

cubito-pronateur est aboli. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont vifs, mais nettement exagérés à gauche, il y a un léger clonus de la rotule, pas de trépidation épileptoïde du pied. Le réflexe plantaire se fait en extension à gauche (signe de Babinski), il est indifférent à droite. Les réflexes abdominaux manquent.

Sensibilité (fig. 1, 2 et 3). — Les sensibilités superficielles sont très altérées : l'examen au pinceau révèle une anesthésie tactile dans toute la moitié gauche du corps, y compris la face ; seule, la partie interne de la plante du pied est respectée. La sensibilité à la douleur (piqûre et pincement) a disparu dans le côté gauche ; toutefois, au membre inférieur, le territoire des racines sacrées est respecté. Les notions de froid et de chaud sont également perdues dans toute la moitié gauche du corps, sauf dans le territoire de S_2, S_3, S_4, S_5 .

Les sensibilités profondes sont, par contre, mieux conservées ; seule, la sensibilité osseuse est abolie, les vibrations du diapason ne sont pas perçues dans le bras gauche, la clavicule et les premières côtes, elles sont faiblement senties dans le reste du demi-squelette gauche et normales à droite. La sensibilité à la pression (baresthésie) est presque normale à gauche, mais, par contre, la douleur réveillée habituellement par une pression forte, n'existe plus au membre supérieur gauche. Le sens des attitudes, légèrement diminué aux orteils gauches, est remarquablement conservé au membre supérieur gauche.

Le sens de discrimination est bon ; les sensations obtenues par la pression sont exactement localisées ; l'écartement des pointes du compas de Weber est perçu de façon normale à la main, si on a soin d'exercer une légère pression ; toutefois, sur le pouce et l'index, il existe un écartement notable.

Le sens stéréognostique est intact, la malade reconnaît très nettement la forme et les dimensions d'un objet, mais elle ne peut dire s'il est lisse ou rugueux (elle ne peut distinguer, par exemple, diverses variétés d'étoffes), elle ne sait pas davantage s'il est froid ou chaud ; la notion de forme lui suffit cependant pour identifier la plupart des objets (clé, montre, dé à coudre, etc.).

L'examen de la face révèle, en dehors des troubles sensitifs du trijumeau (avec perte du réflexe cornéen), des phénomènes oculaires d'origine sympathique ; il existe un syndrome de Claude Bernard-Horner complet du côté gauche : enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, myosis. La sensibilité gustative est perdue à gauche. L'olfaction est normale. Il ne nous a pas été possible de mettre en lumière, même artificiellement par la pilocarpine, des troubles vaso-moteurs et sudoraux.

L'intérêt de cette observation est à la fois anatomique et clinique :

1° Toute une série de symptômes témoignent en faveur d'une lésion de la moitié gauche de la moelle cervicale, à sa partie inférieure, en C^8, D_1 ; ce sont :

- a) L'atrophie musculaire à type Aran-Duchenne.
- b) L'abolition des réflexes tendineux dont les centres sont localisés dans la région cervicale gauche.
- c) L'hémianesthésie gauche prédominant dans les territoires cutanés innervés par les racines du plexus brachial.
- d) Le syndrome de Claude Bernard-Horner constaté à gauche.

La localisation exacte de cette lésion est difficile à faire ; les troubles sensitifs siègent du même côté que la lésion présumée indiquent une interruption du premier neurone sensitif, soit au niveau des racines postérieures, soit sur le trajet intra-médullaire de leurs filets radiculaires dans la corne postérieure et la partie externe du cordon postérieur.

L'étendue en hauteur de cette lésion doit être considérable, puisque les troubles sensitifs descendent jusqu'à la région sacrée et remontent dans le domaine du trijumeau ; on imagine difficilement une hémorragie, encore moins un ramollissement occupant la presque totalité de la hauteur de la moelle et restant strictement localisés à la corne postérieure et la partie avoisinante du cordon postérieur sans empiéter sur le cordon postérieur (puisqu'il n'existe pas d'hémiplégie ni de troubles sensitifs croisés).

En outre, cette malade présente des phénomènes douloureux et l'examen de son liquide céphalo-rachidien montre une réaction méningée nette (15 lymphocytes sans hyperalbuminose); il doit donc exister, en dehors de cette lésion intra-médullaire, un processus extra-médullaire, une infiltration méningée et peut-être radiculaire.

Comme on voit, cette hypothèse est loin d'être satisfaisante et on peut se demander s'il n'y a pas, en dehors de la lésion médullaire certaine, un foyer plus haut situé, protubérantiel, qui cadrerait mieux avec l'étendue des troubles sensitifs et qui expliquerait la diplopie présentée par la malade et sa très légère asymétrie faciale.

2° Si le problème anatomique est discutable, il n'en est pas de même des faits cliniques. Cette malade présente des troubles sensitifs sur le caractère desquels il faut insister, elle a une dissociation vraiment curieuse des sensibilités profondes : au niveau du membre supérieur gauche il existe une anesthésie superficielle complète (tact, douleur, température), une anesthésie osseuse absolue, la sensibilité douloureuse profonde (muscles, tendons périoste) est également perdue; par contre, le sens des attitudes est parfait.

Malgré ces troubles considérables des sensibilités superficielles et profondes, la reconnaissance des objets peut se faire; il n'existe pas d'astéréognosie. Peut-être y a-t-il un peu de retard dans l'identification des objets, ce qui se conçoit, puisque les notions d'état lisse ou rugueux, de chaud ou de froid sont supprimées, mais la forme, la longueur, l'épaisseur correctement perçues suffisent à évoquer l'image des objets palpés.

Ceci prouve deux choses : 1° que le sens des attitudes joue un rôle considérable dans la perception stéréognostique; 2° que les sensations de forme et de dimensions sont plus importantes que les sensations tactiles dans la reconnaissance des objets.

M. DEJERINE. — Chez cette malade, les troubles de la sensibilité sont très intéressants à deux points de vue : 1° parce que, tout d'abord, ils se présentent sous un mode de *dissociation très rarement observé*; 2° en ce qu'ils apportent une contribution importante à l'étude du mécanisme de la perception stéréognostique.

En effet, chez cette femme, tous les modes de sensibilité superficielle ont disparu dans tout le côté gauche du corps, à part le domaine des racines sacrées où la sensibilité cutanée est intacte, et il existe chez elle une *dissociation des sensibilités profondes*. Le sens des attitudes segmentaires, le sens de la pression sont intacts, tandis que la sensibilité osseuse et la sensibilité douloureuse à la pression profonde ont complètement disparu. Or, il est extrêmement rare de voir le sens des attitudes être conservé lorsque la sensibilité osseuse est abolie.

Non moins intéressante est l'étude de la perception stéréognostique. Je rappelle que chez cette malade les sensibilités superficielles, tact, douleur, température, ont disparu et que seuls sont conservés le sens des attitudes, celui de la pression et de la localisation de la pression. Chez elle, la discrimination tactile, cercles de Weber, a disparu lorsqu'on se contente de toucher très légèrement — c'est-à-dire en ne faisant appel qu'à la sensation tactile superficielle, — les doigts de la malade avec le compas de Weber, tandis que, si on exerce une pression même légère avec ce compas, les cercles de Weber sont reconnus dans leurs diamètres, aussi bien qu'à l'état normal.

Si, chez cette femme, ses yeux étant préalablement fermés, on place dans sa main gauche et en lui disant de le palper, un objet quelconque, cube, cylindre, pièce de monnaie, couteau, anneau, dé à coudre, etc., elle le reconnaît et le dénomme immédiatement, mais, étant privée de ses sensibilités superficielles, elle ne peut dire si l'objet est lisse ou rugueux, chaud ou froid. Ce fait montre bien que la perception stéréognostique — c'est-à-dire le sens de la corporalité des objets — peut être fonction *seulement* des sensibilités profondes et que l'intégrité de la sensibilité tactile, superficielle, n'est pas nécessaire à sa production.

VIII. Sur trois cas de Syringomyélie avec Prognathisme d'origine atrophique, par MM. PIERRE MARIE et FOIX.

Bien que les auteurs n'insistent guère sur son existence, le prognathisme paraît être un symptôme assez fréquent au cours de la syringomyélie.

C'est ainsi que, sur 4 cas de cette affection actuellement réunis dans le service de l'un de nous, 3 présentent ce symptôme à un degré plus ou moins accentué.

Il y a là très probablement une question de série, et nous ne voudrions pas prétendre que ce soit la fréquence ordinaire de ce symptôme; cependant, tels quels, ces chiffres nous paraissent démontrer qu'il y a là plus qu'une simple coïncidence.

A son degré le plus léger, le prognathisme est peu évident, et il faut, pour s'assurer de son existence, faire ouvrir la bouche au malade et observer la façon dont il la ferme. On constate alors que, contrairement à ce qui est normal, les dents de la mâchoire inférieure chevauchent sur celles de la mâchoire supérieure.

A son degré le plus marqué, le prognathisme devient très apparent et donne au malade un facies pseudo-acromégalique plus ou moins accentué.

Les deux malades que nous avons l'honneur de présenter à la *Société de Neurologie* présentent toutes deux cette altération, à un degré différent l'une de l'autre, la première répondant au premier stade, la deuxième au second du processus.

Il est à noter que chez toutes deux le prognathisme s'accompagne d'altérations bulbaires et cervicales supérieures se traduisant chez l'une et chez l'autre par une atrophie unilatérale du sterno-mastoidien et du trapèze et par une anesthésie dissociée à type syringomyélique de la sphère du trijumeau.

Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, qu'il s'agisse là de coïncidences constantes, et, chez une troisième malade qui présentait cependant le type le plus marqué pseudo-acromégalique du prognathisme, nous n'avons retrouvé ni l'atrophie du sterno et du trapèze, ni les troubles de la sensibilité.

En dehors de ces particularités, le syndrome syringomyélique est, dans les trois cas, classique.

Chez la première malade, C..., il est constitué par une paralysie avec amyotrophie et attitude spasmodique des membres supérieurs, main close d'un côté, main en pince de l'autre, avec anesthésie dissociée dans le territoire des quatre dernières cervicales et des cinq premières dorsales. Démarche facile, mais signe de Babinski. Cypho-scoliose modérée, thorax en bateau. Au niveau du coude droit, arthropathie syringomyélique avec ulcération atone de la peau de la région olécranienne et ankylose.

Du côté droit, amyotrophie du sterno et du trapèze. Anesthésie dissociée du trijumeau.

Réflexe tendineux des membres supérieurs abolis, des membres inférieurs exagérés.

Chez la seconde, B..., on constate une amyotrophie beaucoup plus modérée des membres supérieurs. Elle prédomine à gauche et porte surtout sur les éminences thénar, hypothénar et les interosseux. L'anesthésie prédomine également à gauche. Elle affecte de ce côté tous les modes au niveau de C₆, C₇, C₈, D₁, et la sensibilité thermique seulement en C₄, C₅, et les territoires dorsaux jusqu'à D₈ environ. Du côté droit, anesthésie dissociée en C₆, C₇, C₈, D₁. La malade marche bien, mais présente le signe de Babinski des deux côtés. On constate en outre, du côté gauche, une amyotrophie du sterno et du trapèze, l'anesthésie dissociée du territoire du trijumeau et une ankylose avec arthropathie du coude consécutive à une fracture spontanée. On observe de ce même côté des cicatrices importantes de brûlures.

Pas de thorax en bateau, cypho-scoliose légère. Réflexes tendineux des membres supérieurs abolis, des membres inférieurs exagérés, surtout à gauche.

Chez la troisième malade, D..., dont nous avons eu l'autopsie, il existait une syringomyélie également typique, avec phénomènes paraplégiques du côté des membres inférieurs (grave diminution de la force, marche difficile, réflexes tendineux exagérés, clonus, signe de Babinski), phénomènes amyotrophiques et sensitifs du côté des membres supérieurs (attitude spasmodique, main en pince d'un côté, main de singe de l'autre; abolition bilatérale des réflexes tendineux du membre supérieur; anesthésie dissociée). Le thorax était dans ce cas très atteint et il existait une grosse cypho-scoliose avec thorax en bateau. On ne constatait chez cette dernière malade ni anesthésie du trijumeau, ni atrophie du sterno-mastoidien et du trapèze. La malade est morte d'une escarre consécutive à une fracture de la hanche.

Le prognathisme était extrêmement marqué dans ce dernier cas, où il imprimait au faciès un aspect pseudo-acromégaly. Très marqué encore dans le premier cas, où il frappe dès l'abord; il existe à un degré modéré dans le second, où le chevauchement des dents inférieures est cependant manifeste.

De tels faits ou des faits analogues n'ont pas complètement échappé à l'attention des auteurs, et sans remonter jusqu'à Holschenikoff et Reklingshausen, qui ont observé la coexistence de la syringomyélie et de l'acromégaly, Petren a signalé l'existence de symptômes acromégaly au cours de la syringomyélie.

S'agit-il ici de quelque chose d'analogue? Quelle est la pathogénie de ce symptôme? Relève-t-il d'un processus analogue au processus du prognathisme acromégaly? S'agit-il d'une altération musculaire ou osseuse? Telles sont les diverses questions que nous nous sommes posées.

Il est tout d'abord aisé de s'assurer qu'il ne s'agit pas ici d'atrophie musculaire des masticateurs. L'examen clinique le démontre aisément, et dans un cas avec autopsie nous avons constaté l'intégrité des muscles temporaux, masseters et ptérygoïdiens.

Par contre, l'étude clinique et nos constatations nécropsiques dans ce même cas démontrent qu'il s'agit d'altérations osseuses.

Cliniquement, la palpation de la mâchoire montre souvent une atténuation de l'angle du maxillaire inférieur qui semble devenir à la fois morne et alterne. On a en même temps l'impression qu'il est quelque peu incurvé en dedans, et qu'ainsi les deux angles maxillaires se trouvent rapprochés l'un de l'autre.

Il semble qu'il y ait, en même temps, comme un tassement, un retrait du massif osseux facial, et notamment du maxillaire supérieur dont l'arcade dentaire est moins saillante que normalement.

Cette impression est confirmée par l'examen radiologique.

Celui-ci montre, en effet, qu'au contraire de ce qui se passe dans l'acromégaly, il y a ici plutôt atrophie du maxillaire inférieur. La branche montante est moins large que normalement et se montre beaucoup plus transparente aux rayons. La branche horizontale est beaucoup moins haute. Le maxillaire est moins large que normalement dans sa partie inférieure, et il en résulte que les

deux branches montantes, au lieu d'être presque verticales, obliquent assez fortement l'une vers l'autre.

Ainsi donc le maxillaire inférieur se montre réduit dans presque toutes ses dimensions. Branche horizontale moins haute, branche montante moins large, l'une et l'autre moins épaisses. La longueur seule de la branche horizontale et de la branche montante paraît sensiblement conservée, et encore l'on peut observer, par rapport à un maxillaire normal, une diminution totale de longueur de près d'un demi-centimètre.

On peut se rendre compte grossièrement de cet état par l'examen radioscopique, en ayant soin de mesurer dans des conditions toujours les mêmes la hauteur du maxillaire inférieur, les dents n'étant point comprises. On obtient ainsi des chiffres qui n'ont pas de valeur absolue, puisque les dimensions sont modifiées par l'obliquité des rayons, mais qui peuvent avec fruit être rapprochés les uns des autres.

C'est ainsi que nous avons obtenu, comme hauteur moyenne de la projection de la branche horizontale du maxillaire inférieur : chez l'homme, 5 centimètres; chez la femme, 4 centimètres; et que nous avons trouvé chez nos deux syringomyéliques, toutes deux femmes, respectivement 3 centimètres et 2 cent. 8. Par contre, une acromégalique, femme également, avait une hauteur maxillaire exagérée égalant 5 cent. 8.

Enfin les constatations nécropsiques que nous avons faites dans un troisième cas montrent encore mieux la nature de la lésion.

Il existe, en effet, une atrophie considérable du maxillaire inférieur, qui devient tellement mince qu'il est en quelque sorte transparent. C'est ainsi que l'on voit nettement à travers lui le nerf dentaire inférieur s'engageant dans le canal dentaire.

La largeur de la branche montante, la largeur de la branche horizontale sont également diminuées. Par contre, la longueur de l'une et de l'autre est sensiblement normale.

Ainsi donc : *amincissement* du maxillaire, diminution de la *largeur* de ses parties avec conservation de leur *longueur* normale, *atrophie* du rebord alvéolaire avec chute d'un certain nombre de dents. Tels sont les principaux caractères des altérations que nous avons constatées. Quelques chiffres donneront une idée de l'intensité de l'atrophie.

	Normale.	Syringomyélique.
Largeur de la branche montante.....	3 cent. 2	2 cent. 5
Longueur de la branche montante.....	5 cent. 4	5 centimètres
Hauteur de la branche horizontale.....	3 centimètres	2 cent. 6
Longueur de la branche horizontale.....	12 cent. 2	11 cent. 7
Épaisseur de la branche montante.....	4 millimètres	2 millimètres
Épaisseur de la branche horizontale.....	8 millimètres	4 millimètres
Angle maxillaire.....	115°	135°

Ce processus atrophique n'existe d'ailleurs pas seulement au niveau du maxillaire inférieur. Le maxillaire supérieur est également frappé et peut-être plus encore. Il s'agit en réalité d'un processus généralisé.

En dehors même des altérations connues des membres supérieurs, il existe une *atrophie costale* manifeste. Les côtes sont réduites à de minces lamelles, presque dépourvues d'os spongieux, et leur face interne, au lieu d'être plane et légèrement arrondie, tout au moins dans son tiers antérieur, est incurvée et concave. L'épaisseur de la côte est dans l'ensemble réduite au tiers de la normale.

On comprend l'intérêt de ces altérations, sur lesquelles nous nous réservons de revenir, et qui entrent certainement pour une part dans la pathogénie des thorax en bateau.

L'atrophie porte surtout, au niveau des côtes comme au niveau du maxillaire, sur le tissu spongieux, et s'oppose ainsi à ce qui se produit dans l'acromégalie où il y a, au contraire, hypertrophie de l'os spongieux.

Il s'agit donc, en résumé, d'un prognathisme atrophique qui s'oppose au prognathisme hypertrophique de l'acromégalie.

Comment cette diminution de volume du maxillaire inférieur donne-t-elle du prognathisme? — Par un processus assez complexe. — Il existe tout d'abord, et c'est le point principal, une atrophie du maxillaire supérieur au moins aussi marquée que celle du maxillaire inférieur. Cette atrophie détermine le retrait du rebord alvéolaire, du massif osseux facial et plus spécialement du rebord alvéolaire, d'où le chevauchement et le prognathisme du maxillaire inférieur. En même temps, le tassement transversal de ce dernier, joint à la conservation relative de la longueur de la branche montante, tend à projeter en avant la pointe du menton. Enfin, le fait que l'angle postérieur de la mâchoire est arrondi et plus obtus que normalement, exagère encore cette tendance.

Quant à la pathogénie de la lésion, elle est évidemment d'ordre trophique et très vraisemblablement de même origine que les lésions osseuses des membres, plus particulièrement des membres supérieurs et du thorax.

Nous avons vu qu'à ce niveau existait chez notre malade autopsiée une atrophie intense de l'os spongieux, rendant les côtes lamellaires.

Nous pensons que, par l'examen clinique simple, on peut ici éliminer l'origine pituitaire de cette déformation. Ajoutons que, dans notre cas vérifié, la glande pituitaire était macroscopiquement et microscopiquement normale.

Il s'agit donc à peu près certainement d'une lésion d'origine nerveuse, et ici deux hypothèses peuvent être faites : altération des centres bulbaires du trijumeau, altération des centres cervicaux du sympathique.

En faveur de la première hypothèse milite l'existence, dans deux de nos cas, d'une hémianesthésie de la face avec atrophie du sterno-mastoidien et du trapèze du même côté; ce qui démontre l'existence d'une lésion étendue de la moelle cervicale supérieure et du bulbe.

Mais il nous faut dire que dans notre troisième cas cette hémianesthésie faciale n'existait pas et que l'examen, encore purement macroscopique il est vrai, que nous avons fait de son bulbe ne nous a pas révélé à ce niveau de lésions étendues. La cavité s'arrête en effet au collet du bulbe, mais il existe une fente étroite qui la prolonge et qui touche peut-être la racine descendante du trijumeau du côté droit.

En faveur de l'origine sympathique plaident les cas où, comme dans les observations de Schleisinger, de M. Dejerine, il existait de l'hémiatrophie faciale due à une syringomyélie unilatérale avec atteinte des centres sympathiques. Dans les cas de M. Dejerine notamment, il existait du prognathisme très visible sur les photographies.

Il est à noter cependant que l'on n'observe pas chez nos malades les phénomènes oculaires qui existaient dans les cas précités, mais ce sont là des symptômes assez fréquemment transitoires, et qui ne sont faciles à constater que lorsqu'ils sont unilatéraux.

Quoi qu'il en soit, nous citons sans choisir les deux hypothèses, nous contentant, pour le moment, de la constatation du fait; il existe fréquemment

chez les syringomyéliques un prognathisme d'ordre atrophique, pouvant leur donner un facies pseudo-acroméganique, mais dont la nature est essentiellement différente du prognathisme de la syringomyélie.

M. GEORGES GUILLAIN. — Au sujet de la cheiromégalie dans la syringomyélie, je voudrais faire remarquer que ce trouble n'est pas toujours en rapport avec une hypertrophie osseuse. J'ai eu récemment encore l'occasion d'observer avec M. Jean Dubois un malade atteint d'une syringomyélie très typique avec cheiromégalie. Chez ce malade, les examens radiographiques nous ont montré que la cheiromégalie ne dépendait pas d'une modification osseuse, mais qu'elle était due à une hypertrophie des parties molles, dans laquelle le pseudo-œdème joue sans doute un certain rôle.

M. J. LHERMITTE. — Nous avons observé, M. Roussy et moi, l'existence d'un facies acromégaloïde chez certains syringomyéliques, et nos constatations ne peuvent que confirmer les faits apportés par MM. P. Marie et Foix. Ainsi qu'à ces auteurs, il nous semble que la lésion bulbaire joue un rôle indéniable, quoique très obscur, dans la production des troubles trophiques osseux de la syringomyélie, que ceux-ci soient à type atrophique ou à type hypertrophique. Chez deux sujets atteints de cheiromégalie que nous pûmes étudier complètement au point de vue anatomique avec M. Roussy, nous avons été frappés de l'intensité et de l'étendue des lésions bulbaires, et il nous semble difficile d'admettre qu'une simple coïncidence explique l'apparition simultanée de la syringobulbie et de la cheiromégalie.

IX. Pseudo-tabes et Filariose sanguine, par MM. J. BABINSKI et CL. GAUTIER.

L..., 35 ans, employé de commerce, se présente à l'hôpital le 17 novembre dernier, pour troubles progressifs de la marche et de l'équilibre et pour douleurs fulgurantes.

Les douleurs ont apparu pour la première fois en mai 1913, alors que la marche était encore normale; un mois plus tard, voulant un jour danser, il s'aperçoit que ses jambes lui obéissent mal et perd l'équilibre; depuis, les troubles augmentent progressivement, la marche devient de plus en plus difficile, et au mois de juillet il consulte un médecin, qui porte le diagnostic de tabes. État stationnaire depuis lors.

Sa démarche rappelle en effet celle d'un tabétique : elle est maladroite et incertaine et il talonne légèrement; la marche est surtout presque impossible lorsqu'il ferme les yeux, et le signe de Romberg est alors très net.

Aux troubles qui précèdent s'ajoutent une abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens des deux côtés, les autres réflexes tendineux étant conservés, de même que les réflexes cutanés, et des troubles de la sensibilité, d'ailleurs discrets, consistant surtout en hyposthésie tactile et douloureuse aux membres inférieurs, avec prédominance aux régions plantaires.

L'appareil oculaire est indemne; il n'existe pas de troubles viscéraux.

Le syndrome réalisé chez ce malade : douleurs fulgurantes, troubles de la marche, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, troubles discrets de la sensibilité faisaient soupçonner le tabes, mais la réaction de Wassermann, pratiquée à diverses reprises, s'est toujours montrée franchement négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, et il n'existe ni lymphocytose, ni hyperalbuminose céphalo-rachidienne. D'ailleurs, le malade nie avoir jamais eu la syphilis et l'on ne trouve chez lui aucune trace de cette affection. Il s'agit donc en réalité d'un pseudo-tabes. Quelle en est l'origine?

Dans ses commémoratifs, nous ne relevons, jusqu'à son séjour aux colonies, rien qui puisse expliquer les accidents actuels : fièvre typhoïde à 10 ans, suivie de fluxion de poitrine, quelques douleurs rhumatismales à 25 ans, sciatique gauche légère à 27 ans — jamais d'excès alcooliques.

De 30 à 33 ans, au Congo, quelques accès de fièvre, traités avec succès par la quinine, et une dysenterie amibienne de courte durée.

L'examen cytologique du sang nous a cependant donné les résultats suivants :

Globules rouges.....	4 000 000
— blancs.....	20 800
Équilibre leucocytaire :	
Polynucléaires neutrophiles.....	41 %
— éosinophiles.....	83 %
— basophiles.....	0 %
Lymphocytes.....	1 %
Moyens mononucléaires.....	5 %
Grands.....	0 %

et cette éosinophilie considérable est expliquée par la présence dans le sang de microfilaires vivantes et mobiles, visibles à l'état frais ou après coloration.

Ajoutons que la recherche de filaires dans le liquide céphalo-rachidien est restée négative, de même que la recherche dans le sang de trypanosomes.

D'autre part, la réaction de fixation, pratiquée par M. Weinberg, trouvée positive une première fois, s'est montrée négative ensuite.

Entre cette filariose sanguine, d'ailleurs discrète et presque latente, et ce pseudo-tabes est-il possible d'établir un lien de causalité? Nous nous sommes posé la question sans pouvoir être en mesure d'y répondre, d'autant plus qu'à notre connaissance il n'a jamais été décrit de troubles analogues dus à la filaire du sang. Remarquons cependant que nous ne trouvons aucun autre facteur infectieux ou toxique qui puisse expliquer l'apparition d'un pseudo-tabes chez ce malade.

X. Un cas d'Atrophie Musculaire intense des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire par Ostéosarcome probable des dernières vertèbres cervicales, par MM. PIERRE MARIE et CH. CHATELIN.

Il s'agit d'un malade âgé de 49 ans, qui présente une atrophie musculaire extrêmement marquée des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire.

Cette atrophie s'est développée sans aucun phénomène douloureux depuis 18 mois.

Il y a intégrité complète des muscles de la face, de la langue, de la musculature oculaire.

La marche est très légèrement spasmodique. Les réflexes tendineux sont forts et brusques aux membres inférieurs; aux membres supérieurs, il y a inversion du réflexe du radius. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à gauche; à droite on obtient parfois une légère extension.

Il n'existe aucun trouble objectif de la sensibilité. La ponction lombaire donne un liquide à peu près normal.

On pouvait supposer qu'il s'agissait chez ce malade de sclérose latérale amyotrophique ou de syringomyélie, malgré l'absence de troubles de la sensibilité. Un diagnostic plus probable encore était celui de poliomyélite antérieure chronique progressive, mais la radiographie a permis de constater au niveau des dernières vertèbres cervicales des lésions très importantes et très particulières, s'étendant aux corps et aux apophyses des quatre dernières vertèbres cervicales, lésions qui sont peut-être dues à un ostéosarcome de cette région.

(Cette observation sera publiée ultérieurement, avec photographies et radiographie, dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*.)

XI. Virilisme épiphysaire, par MM. SICARD et HAGUENAU.

La malade que nous vous présentons revêt un aspect si spécial, que le diagnostic d'ensemble ne peut être que celui de dystrophie par troubles sécrétoires endocriniens.

Mais quelle est la glande vasculaire responsable d'un tel syndrome ? L'épiphyse, l'hypophyse, la glande surrénale ?

Il existe, en effet, un virilisme d'origine épiphysaire, de même qu'un virilisme d'origine surrénalienne ?

Et, si nous avons opté pour la première de ces hypothèses, c'est que la ponction lombaire nous a montré, chez cette femme, une hyperalbuminose manifeste du liquide céphalo-rachidien (aux environs de 1 gramme par litre) sans éléments cellulaires. C'est là le signe de dissociation albumino-cytologique sur lequel nous avons insisté avec Foix et qui est pour nous le témoin de compressions crânienne ou rachidienne.

Voici, du reste, l'histoire clinique de cette malade, dont nous avons déjà rapporté, en partie, l'observation à la *Société médicale des hôpitaux*, incriminant alors plus la glande hypophysaire que l'épiphyse.

OBSERVATION. — Mme X..., âgée de 30 ans, est entrée à l'hospice d'Ivry en novembre 1913, pour une obésité singulière s'accompagnant d'un développement très marqué du système pileux facio-corporel contrastant avec la déficience de la pilosité capillaire.

L'étude des antécédents ne révèle rien d'intéressant ; le père est inconnu, la mère est actuellement bien portante. Aucun membre de sa famille n'a été atteint d'une affection semblable.

La malade a contracté la diphtérie à l'âge de 4 ans et la rougeole dans l'enfance. Réglée à 13 ans, elle a fait quatre fausses couches. Une seule grossesse a été menée à terme et l'enfant est morte de gastro-entérite à l'âge de 6 mois. La menstruation, en dehors de l'état de gestation, a toujours été très régulière. La malade nie toute spécificité.

Sa santé a été parfaite jusqu'en juillet 1909, c'est-à-dire il y a quatre ans, où, brusquement, les règles, régulières jusque-là, ont cessé d'apparaître. Elle se croit enceinte et va consulter une sage-femme, qui fut frappée de l'absence de modifications du côté du ventre, alors que les seins prenaient un développement exagéré.

Au début de l'année 1910, elle est prise de migraines survenant particulièrement le matin et s'accompagnant d'un état nauséux pénible. A certains moments de la journée, la lassitude est extrême, *entrecoupée par des périodes de somnolence invincible*.

A cette date, les cheveux commencent à tomber par poignées, tandis que le système pileux prend un développement exceptionnel. Le visage, le dos, les avant-bras, les cuisses, glabres jusque-là, se recouvrent de longs poils.

Pendant toute cette période, la malade a été soumise à l'opothérapie ovarienne, sans résultat, du reste.

En octobre 1910, la malade entre à l'hôpital de la Salpêtrière, d'abord dans le service de chirurgie, puis à la clinique Charcot, où on lui fait des injections journalières d'extrait hypophysaire durant près d'un an, sans résultat également.

Elle en sort en juin 1911.

Depuis cette époque, pendant laquelle un traitement électrique a été institué, l'état est resté entièrement stationnaire ; seule la surcharge graisseuse aurait progressivement augmenté en certains points du corps. Les migraines du début sont remplacées par une sensation de lourdeur, de pesanteur de la tête à peu près constante.

ÉTAT ACTUEL. — Le facies est large, épanoui ; les traits du visage sont encadrés par deux énormes bajoues ; le cou est court, très gros, il y a formation d'un double menton.

La face présente une coloration rougeâtre légèrement cyanique, qui se modifie sous l'influence de causes multiples.

Les sourcils et les cils ont leur développement normal.

Les cheveux sont raréfiés ; de taille très grêle, ils sont courts et continuent à tomber constamment.

Par contre, la lèvre supérieure et le menton se recouvrent de poils épais, noirs, que la malade est sans cesse obligée d'épiler.

Les épaules sont élargies, les seins hypertrophiés; le ventre, très augmenté de volume, tend à tomber en tablier au-devant des membres inférieurs.

Le bassin, les hanches, les membres inférieurs, à peu près normaux au point de vue morphologique, tendent cependant à prendre le type masculin.

L'abdomen présente de très larges vergetures de teinte violacée et disposées symétriquement en éventail, la peau est à leur niveau très amincie, le pannicule adipeux sous-jacent est très développé, mais des vergetures allongées et élargies ont également fait leur apparition en des régions non adipeuses, face postérieure des bras, par exemple.

Les membres supérieurs sont souvent le siège d'une teinte cyanique manifeste, apparaissant davantage dans la position déclive.

Le système pileux est extrêmement développé, particulièrement au niveau des régions pubienne, fessière, abdominale; la même hypertrichose est notée au niveau des membres supérieurs et inférieurs, où les poils atteignent 3 à 4 centimètres de longueur.

Une semblable disposition a lieu dans les régions axillaire et dorsale. La face antérieure du thorax est, par contre, relativement épargnée.

Le toucher vaginal ne laisse percevoir aucune anomalie. Il n'a paru exister de modifications de l'instinct sexuel que transitoirement au début de la maladie.

Le pouls est irrégulier entre 90 et 100, la tension artérielle est de 19.

L'examen somatique ne révèle par ailleurs rien de particulier.

Le poids est de 66 kil. 300.

La taille est moyenne.

La circonférence de l'abdomen passant par l'ombilic est de 1 m. 02.

Examen ophtalmologique (Dr Galezowski). — Fond d'œil normal, sauf altération de myopie.

Champ visuel normal. Pas d'hémianopsie.

Pas de symptômes de compression du chiasma.

L'œil droit est plus gros que le gauche parce qu'il est plus myope.

Examen radiographique. — Aucune modification anormale de la selle turcique ou des sinus.

Examen du sang :

Globules rouges.....	5 940 000
Globules blancs.....	13 700
Polynucléaires neutrophiles.....	74
— éosinophiles.....	0,5
Moyens mononucléaires.....	14
Lymphocytes.....	6
Grands mononucléaires et formes de transition.....	5

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Albumine, taux très augmenté, n° 3 (Sicard et Foix) (1 gramme environ par litre);

Pas de réaction cellulaire.

Wassermann : Sang, liquide céphalo-rachidien, négatif. Aucun antécédent spécifique.

Examen des urines. — Ni sucre, ni albumine.

Mais il existe, depuis quelques mois, une polyurie manifeste avec environ 3 litres par 24 heures.

Nous avons fait pratiquer, chez cette malade, une craniectomie décompressive pour pallier aux vertiges, aux céphalées qu'elle éprouvait (janvier 1914) (Dr Lapointe).

Depuis lors, ces symptômes ont rétrogradé en même temps que l'albumine du liquide cérébro-spinal diminuait également de taux; mais l'aspect morphologique n'a subi aucune modification.

En dehors de l'intérêt pathogénique que suscite ce cas, et des affinités qu'il peut présenter avec les syndromes épiphysaires, surrénaux ou hypophysaires, nous tenons à attirer l'attention sur trois points principaux :

a) Sur une dissociation clinique exceptionnelle des fonctions de pilosité : hypotrichose capillaire en opposition manifeste avec l'hypertrichose facio-corporelle;

b) Sur la constatation d'une dystrophie spéciale du tissu dermique conjonctivo-musculo-élastique, caractérisée par l'évolution de vergetures indépendantes de l'adipose;

c) Sur l'importance diagnostique de l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien pour préciser les réactions hypophysaires ou épiphysaires quand les signes oculaires et radiologiques font défaut.

M. J. LHERMITTE. — M. Sicard paraît rattacher l'ensemble des troubles présentés par cette malade à une lésion de l'épiphyse, sans d'ailleurs préciser qu'il s'agit d'une hypertrophie ou d'une atrophie glandulaire. Cette hypothèse paraît contestable.

Si nos connaissances sur les fonctions de la glande pinéale chez l'homme sont encore très rudimentaires, il paraît cependant assez vraisemblable que cette glande ne joue vraiment aucun rôle important et même saisissable dans l'économie du sujet adulte.

Chez nombre de sujets, la glande pinéale apparaît complètement atrophiée, calcifiée, sans qu'on ait noté aucun trouble morbide pendant la vie.

Mais si l'influence d'une sécrétion épiphysaire apparaît problématique, il n'en est pas de même d'une influence mécanique. On sait avec quelle facilité relentissent les tumeurs de l'épiphyse sur la circulation du liquide céphalo-rachidien ventriculaire; il n'est pas illogique de supposer que, chez la malade de M. Sicard, une tumeur épiphysaire a déterminé par ectasie du III^e ventricule la dilatation de l'infundibulum et l'écrasement de l'hypophyse sur la selle turcique, comme plusieurs anatomistes, à commencer par Morgagni, ont pu l'observer.

Ainsi serait expliquée la glycosurie, qui, les recherches expérimentales de MM. Camus et Roussy l'ont établi, ne dépend pas d'un trouble glandulaire hypophysaire, mais d'une lésion de l'infundibulum ou des centres nerveux adjacents; consécutivement à l'atrophie mécanique de l'hypophyse, d'autres systèmes glandulaires (le système surrénal par exemple) se sont modifiés par hyperplasie ou par dysplasie, et ce sont les modifications polyglandulaires qui paraissent donner la raison du syndrome complexe présenté par la très intéressante malade de M. Sicard.

M. HENRI CLAUDE. — Il est bien difficile de rapporter la dystrophie que présente cette malade à une lésion de l'épiphyse. Le syndrome clinique dans les altérations de la glande pinéale, qui n'est connu que chez l'enfant il est vrai, est très différent, mais il est possible que, chez l'adulte, des manifestations d'un autre ordre soient engendrées par les lésions épiphysaires. Toutefois il me semble que cette malade présente des caractères assez analogues à ceux qui ont été décrits chez la malade de M. Gallais pour que l'on soit tenté de mettre en cause ici l'appareil surrénal. En ce qui concerne les signes d'hypertension intracrânienne indiqués par M. Sicard, ils n'ont pas l'intensité et la progressivité que l'on observe dans les tumeurs cérébrales et surtout dans les tumeurs de l'épiphyse, qui, au premier chef, engendrent l'hydrocéphalie précoce et intense et les altérations papillaires. Peut-être faut-il expliquer ces phénomènes d'hypertension ou ces réactions méningées par des modifications d'ordre fonctionnel de l'épiphyse ou de l'hypophyse entraînant l'augmentation du volume de l'organe. Les tumeurs de l'épiphyse réagissent toujours sur l'hypophyse, qui, par suite de la

distension du III^e ventricule, est aplatie dans le fond de la selle turcique. Ces lésions de la tige pituitaire et de l'hypophyse, qui étaient au summum chez le malade dont j'ai fait l'étude anatomo-clinique avec M. Raymond, n'avaient pas provoqué de polyurie.

M. JEAN CAMUS. — Il résulte des recherches expérimentales (chez le chien) que j'ai entreprises avec Gustave Roussy, que plusieurs des symptômes attribués à des lésions de l'hypophyse, tels que la polyurie, la glycosurie, les troubles génitaux, sont dus, non à des perturbations de la sécrétion interne de l'hypophyse, mais à l'irritation de la région nerveuse voisine.

Cette région nerveuse correspondant à l'espace opto-pédonculaire est située entre l'hypophyse qui est au-dessous et l'épiphyse qui est au-dessus et en arrière. On peut supposer que les tumeurs de l'épiphyse, quand elles se dirigent en avant et en bas, puissent venir intéresser la même zone nerveuse et donner lieu à certains symptômes de même ordre que ceux déterminés par les tumeurs de l'hypophyse.

XII. Paralyse Radiale à type de paralysie saturnine chez un sujet atteint antérieurement de Poliomyélite aiguë, par MM. A. PÉLISSIER et P. BOREL. (Travail du service du professeur Dejerine.)

Le malade que nous avons l'honneur de montrer à la Société est un jeune homme de 21 ans, qui paraît présenter à première vue une paralysie radiale classique du type de la paralysie radiale saturnine, paralysie bilatérale mais prédominant à gauche.

Du côté gauche la main est tombante en demi-flexion et en pronation et le malade est incapable de la redresser.

Au niveau des doigts, l'extension des premières phalanges est impossible (paralysie de l'extenseur commun); le médus et l'annulaire sont tombants, mais le sujet peut encore étendre l'index et le petit doigt; le malade fait « les cornes ». La flexion des doigts est possible si préalablement on relève le poignet; elle paraît cependant diminuée.

Au pouce les mouvements d'extension et d'abduction sont très affaiblis (extenseurs et long abducteurs).

Au poignet l'extension de la main sur l'avant-bras est impossible (paralysie des radiaux, de l'extenseur commun des doigts; les mouvements de latéralité du poignet (cubital postérieur, radiaux) sont très faibles.

A l'avant-bras, le nerf supinateur paraît affaibli, mais non complètement paralysé.

Le long supinateur est épargné et l'on sent sa corde se tendre dans la flexion.

Du côté droit. — L'extension des doigts, tout en étant plus forte qu'à gauche, est très diminuée dans sa force.

L'extension de la main sur l'avant-bras est moins atteinte.

L'abducteur et les extenseurs du pouce sont affaiblis.

Le long supinateur, le court supinateur paraissent intacts.

En présence d'un tel malade et surtout si l'on se contente de pratiquer un examen rapide et superficiel, on est tenté au premier abord de porter le diagnostic de paralysie radiale d'origine saturnine. Mais l'analyse des antécédents et l'étude complète des troubles moteurs amènent, comme nous le verrons, à discuter et probablement à éliminer ce diagnostic.

L'existence de l'intoxication saturnine tout d'abord est plus que douteuse chez notre malade, qui exerce la profession de bijoutier, mais qui ne manie le plomb que d'une façon accidentelle et très intermittente; il n'a jamais eu de coliques de plomb, ne présente pas de liséré saturnin.

De plus, l'extension des troubles paralytiques et atrophiques, qui dépassent de beaucoup les muscles innervés par le radial, l'existence de modifications des réactions électriques dans d'autres muscles, l'examen des réflexes doivent orienter le diagnostic vers tout autre chose qu'une névrite périphérique localisée au radial.

A gauche, du côté où prédomine la paralysie des extenseurs, les interosseux sont loin d'être épargnés. La flexion de la première phalange des doigts avec extension des deux dernières est très affaiblie; le malade éprouve de la peine à écarter et à rapprocher les doigts; les espaces interosseux, surtout les premiers, sont déprimés à la face dorsale de la main.

Les muscles de l'éminence thénar sont légèrement atrophiés et affaiblis: l'opposition et l'adduction du pouce sont très faibles.

Les muscles hypothénars sont également atrophiés.

Les muscles du bras eux-mêmes, sans être paralysés, sont cependant atteints. Le biceps et surtout le triceps, le deltoïde sont plus faibles que du côté gauche.

A droite, les interosseux sont également touchés, quoique de façon moins marquée qu'à gauche; les espaces interosseux, surtout les premiers, sont déprimés, l'éminence thénar est légèrement atrophiée.

1° Le biceps, le triceps et le deltoïde paraissent intacts.

2° L'étude des réactions électriques montre de même des modifications importantes en dehors des muscles du groupe radial.

A gauche on constate une réaction de dégénérescence dans les muscles thénar et hypothénar (lenteur et élévation du seuil), un début de D. R. dans l'extenseur commun (faisceaux destinés au troisième et au quatrième doigt), une D. R. marquée dans le triceps avec contractions spontanées.

A droite, on trouve de la réaction de dégénérescence dans les muscles thénar.

3° Les réflexes tendineux, de plus, sont modifiés dans tout le membre supérieur.

Le réflexe radial est normal à droite, mais très faible à gauche.

Le réflexe cubito-pronateur est normal des deux côtés.

Le réflexe tricipital est extrêmement affaibli à droite comme à gauche, presque nul même, alors que le réflexe idio-musculaire du triceps est exagéré des deux côtés.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs, les réflexes cutanés sont normaux.

4° La sensibilité est absolument intacte dans tous ses modes. Notons cependant des douleurs spontanées et réveillées par la pression au niveau du premier espace interosseux et du paquet vasculo-nerveux du bras des deux côtés.

5° Enfin les antécédents pathologiques de notre malade et l'évolution lente et progressive des troubles paralytiques qu'il présente, doivent faire envisager la probabilité d'un processus anatomique tout autre que celui d'une névrite toxique banale.

Ce jeune homme, à l'âge de trois mois, a été atteint de poliomyélite aiguë à forme hémiplegique; les membres supérieur et inférieur du côté gauche auraient été paralysés jusqu'à l'âge de trois ans. Le malade n'a marché qu'à trois ans, mais à partir de cette date il ne subsistait aucune trace des phénomènes paralytiques antérieurs. De 13 à 15 ans il a travaillé comme apprenti bijoutier, en se servant de ses deux mains; la main gauche était aussi forte et aussi adroite que la main droite; le malade, qui faisait de la boxe, tirait avec une force égale des deux côtés.

C'est vers l'âge de 15 ans, c'est-à-dire il y a cinq ans à l'heure actuelle, que débutèrent les troubles moteurs, d'abord localisés au membre supérieur autrefois paralysé; mais bientôt, sans la moindre douleur, l'annulaire de la main gauche tombait et ne pouvait plus être relevé.

Trois ans après, il y a un an et demi environ, le médus de la main gauche, jusque-là intact, se fléchit de même progressivement et devient impossible à relever; c'est depuis un an seulement que l'extension du poignet devient impossible du même côté.

Les phénomènes parétiques de la main droite ont débuté peu de temps après; depuis huit mois le malade s'aperçoit que les doigts de la main droite s'affaiblissent, il éprouve de la peine à les étendre et à les fléchir; en même temps le premier espace interosseux se déprime et devient légèrement douloureux.

En résumé, il s'agit d'un malade de 20 ans qui présente une paralysie des muscles innervés par le radial, respectant le long supinateur, paralysie bilatérale, mais beaucoup plus marquée à gauche, où elle respecte à la main les extenseurs de l'index et du cinquième. Ces phénomènes paralytiques comme nous l'avons vu, dépassent de beaucoup le domaine du radial, atteignant en plus les interosseux et les muscles hypothénar à gauche, les muscles thénar des deux côtés, les muscles du bras et surtout le triceps à gauche; les modifications des réactions électriques prédominent de même dans les muscles innervés par

C^s et D₁, et atteignent à gauche le triceps. Les réflexes tricipitaux et radiaux sont très affaiblis. Il s'agit donc d'une paralysie assez diffuse, dont la nature reste à déterminer.

Malgré l'extension des phénomènes moteurs, on pourrait persister à admettre dans ce cas, comme dans les cas analogues, le rôle du saturnisme. La paralysie radiale saturnine, comme on le sait, peut atteindre également les interosseux, mais l'absence chez notre sujet de causes réelles d'intoxication saturnine, l'évolution lente, chronique, progressive des accidents empêchent d'admettre d'emblée ce diagnostic étiologique.

M. de Massary (1), puis M. Baudouin (2) (à la dernière séance de la Société) ont rapporté plusieurs cas de paralysie radiale avec conservation de la mobilité du long supinateur, tout à fait semblables cliniquement à la paralysie saturnine classique, mais dans lesquels, alors que le plomb ne pouvait être incriminé, le rôle de la syphilis était au contraire indubitable. Chez notre malade, la spécificité doit être éliminée; il ne présente ni antécédents ni stigmates de syphilis; la ponction lombaire montre un liquide normal, sans hyperalbuminose ni lymphocytose, la réaction de Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il nous paraît plus légitime de rapprocher les phénomènes paralytiques actuels, qui ont débuté par le membre supérieur gauche, de la première atteinte de poliomyélite aiguë qui détermina chez notre malade, à l'âge de trois mois, une hémiplegie gauche, qui semble avoir entièrement rétrocedé depuis; chez un sujet ancien paralytique infantile, on doit penser en présence de ces phénomènes actuels à la possibilité, même à la probabilité d'une récurrence de la lésion antérieure des cornes antérieures autrefois lésées, sous forme de poliomyélite antérieure chronique (3) débutant d'abord par le VII^e segment cervical pour s'étendre ensuite aux segments voisins, surtout aux VIII^e segment cervical et I^{er} segment dorsal, et produisant les phénomènes paralytiques et trophiques que nous avons constatés. Ce diagnostic comporterait évidemment une évolution et un pronostic tout à fait différents de celui de la névrite saturnine classique.

M. DE MASSARY. — Le malade présenté par MM. Pélissier et Borel est très intéressant. C'est encore un exemple d'un malade atteint d'une paralysie anti-brachiale ayant tous les caractères attribués jadis exclusivement à la paralysie saturnine, mais chez qui cette intoxication n'existe pas. Comme chez mes malades syphilitiques, la paralysie respecte le supinateur, atteint les extenseurs et dépasse le domaine du nerf radial. Lorsque j'ai présenté ici mon premier malade, en juin 1911, puis un nouveau malade en février 1914, et enfin lorsque MM. Baudouin et Marcorelles firent leur communication en avril 1914, on pouvait discuter sur la nature des lésions qui devaient conditionner le syndrome en question. Je pensais qu'il s'agissait probablement de poliomyélite antérieure,

(1) DE MASSARY, Paralysie radiale à type de paralysie saturnine due à une poliomyélite antérieure chronique cervicale chez des syphilitiques, *Soc. de Neurol.*, 12 juin 1911.

DE MASSARY, BODON et PHILIPPE CHATELIN, Un nouveau cas de paralysie radiale à type de paralysie saturnine chez un syphilitique, *Soc. de neurol.*, 12 février 1914.

(2) A. BAUDOUIN et E. MARCORELLES, Paralysie radiale et syphilis. *Revue Neurologique*, 30 mai 1914, p. 66.

(3) C'est d'ailleurs à une poliomyélite antérieure chronique cervicale que M. de Massary rattache les faits de paralysie radiale observés chez les syphilitiques.

mais il était permis d'incriminer soit la méningomyélite, soit la radiculite. Le malade de MM. Pelissier et Borel n'est pas syphilitique, cela est vrai, mais ses symptômes sont les mêmes que ceux de nos syphilitiques, et il est atteint d'un réveil d'une ancienne poliomyélite. Ne pourrait-on en conclure que, chez nos malades, la syphilis a agi en lésant les cornes antérieures, en créant, en somme, une véritable poliomyélite ? Le raisonnement par analogie est le seul possible, puisque les cas observés jusqu'ici de paralysie antibrachiale à type saturnin, mais d'origine syphilitique, n'ont pas été suivis d'autopsie.

XIII. Conservation de la Sensibilité Osseuse avec perte de tous les autres modes de la sensibilité dans un cas de Compression Médullaire, par MM. A. PÉLISSIER et P. BOREL. (Travail du service du professeur Dejerine.)

La loi de Bastian a donné lieu à beaucoup de controverses. Elle semble aujourd'hui être généralement admise pour les sections traumatiques brusques et complètes de la moelle ; mais l'accord n'est pas fait en ce qui concerne les sections lentes par compression. Les observations contraires à la loi de Bastian sont assez nombreuses, mais on a pu leur objecter avec juste raison que, dans tous les cas soigneusement étudiés, il existait encore quelques fibres conservées. Cette persistance de quelques voies de conduction peut ne se manifester par aucun signe clinique autre que la spasmodicité, mais il est des cas où une étude minutieuse de la sensibilité permettra d'affirmer que l'interruption médullaire n'est pas aussi absolue qu'un examen rapide pouvait le faire supposer.

Le cas que nous présentons nous semble, à cet égard, intéressant, d'autant plus que les particularités de l'état de la sensibilité y sont absolument comparables à celles d'une observation, suivie d'autopsie, de M. Dejerine, et qui se trouve résumée dans la deuxième édition de sa *Sémiologie du système nerveux* (fig. 363, 364), p. 786.

Notre malade est âgé de 41 ans, il a vu son affection débiter en octobre 1911 par des douleurs en ceinture très violentes ; deux mois après, apparaît la paralysie, qui rapidement devint totale, accompagnée de troubles sphinctériens, rétention d'urine passagère, constipation opiniâtre. Les phénomènes paralytiques et les troubles vésicaux subirent une amélioration notable à partir de juillet 1912, et le malade, pendant dix-huit mois, put marcher en s'appuyant sur une canne. En octobre 1912, la paralysie s'installa de nouveau, le malade est obligé de s'aliter et entre à la Salpêtrière dans le service du professeur Dejerine. Actuellement, il présente une paraplégie complète, aucun mouvement des membres inférieurs n'est possible. Les muscles abdominaux et sacro-lombaires sont également atteints. Cette paraplégie est de type spasmodique : la contracture des membres inférieurs est intense, elle est exagérée par les excitations cutanées les plus faibles.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont extrêmement vifs. Il existe du clonus du pied et de la rotule. Le réflexe cutané plantaire se fait en extension : la flexion dorsale du gros orteil s'obtient également par les manœuvres d'Oppenheim et de Schaeffer.

Le réflexe crémastérien et le réflexe abdominal sont abolis, le réflexe abdominal supérieur est conservé.

Les réflexes de défense sont très nets ; on les obtient plus facilement par la flexion forcée des orteils que par le pincement de la peau dans la zone anesthésiée.

Les troubles sphinctériens, après avoir été plus intenses, sont aujourd'hui moins marqués. Il ne sent pas l'écoulement de l'urine et le passage des matières dans le rectum. Mais il n'y a pas d'incontinence d'urine, bien que les mictions soient devenues plus fréquentes ; le malade urine par action réflexe ; il ne sent pas le besoin d'uriner ou de

déféquer, mais, la sensibilité viscérale étant conservée, il semble éprouver les sensations de distension de la vessie et de l'intestin. Le malade a parfois des érections nocturnes, sans pollution.

L'examen du rachis montre, au niveau de la IV^e et de la V^e dorsale, une gibbosité très nette avec diminution de la motilité vertébrale.

La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien très fortement albumineux, avec trois lymphocytes par millimètre.

Ce sont les troubles de la sensibilité (fig. 1 et 2) qui, chez ce malade, doivent surtout attirer l'attention à cause de leur intensité tout à fait exceptionnelle, de leur distribution et de leur valeur sémiologique.

Toutes les sensibilités superficielles, contact, douleur, température, sont complète-

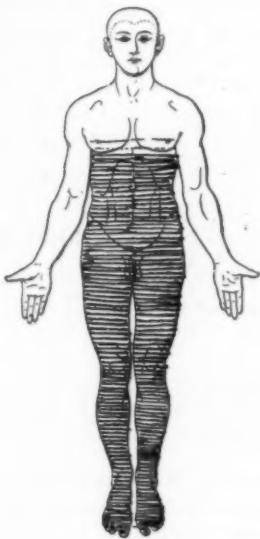


FIG 1.



FIG 2.

ment abolies jusqu'à la VI^e dorsale. Au-dessous de cette zone d'anesthésie complète, se trouve une bande d'hypoesthésie s'étendant jusqu'à la V^e dorsale.

Un examen superficiel et incomplet ferait croire que les sensibilités profondes ont également disparu dans cette zone.

Le sens des attitudes segmentaires est en effet complètement aboli, jusque dans l'articulation de la hanche.

La sensation de pression profonde a complètement disparu dans toute l'étendue des membres inférieurs. Au niveau de l'abdomen, alors que le contact n'est pas perçu, la pression profonde est sentie parce qu'elle fait intervenir la sensibilité viscérale, celle de l'intestin comprimé à travers la paroi. Notons que, si la sensibilité tactile est complètement abolie, le pincement intense et profond de la peau est senti comme douleur, et non comme contact, au niveau de l'abdomen et du tronc.

Si le sens des attitudes et la sensation de pression sont abolis dans la zone anesthésiée, la sensibilité osseuse, tout en étant très diminuée, a persisté et persiste seule. Le diapason qui n'est pas perçu aux malléoles et à la partie inférieure du tibia (sauf pour des vibrations très fortes) commence à être perçu au niveau du tiers supérieur du tibia et des condyles fémoraux; il est mieux senti au niveau du trochanter et perçu avec la même intensité que normalement au niveau de l'os iliaque, du sacrum et des vertèbres lombaires et dorsales inférieures.

Paraplégie absolue, anesthésie qui, aux membres inférieurs, semblait au premier abord abolie sous tous ses modes; ce tableau clinique pouvait faire supposer une section physiologique de la moelle.

Ce n'est que la recherche de la sensibilité osseuse qui est venue montrer qu'il passait encore quelque chose, et il est intéressant que, comme dans le cas rapporté dans la *Sémiologie* du professeur Dejerine, cet *ultimum moriens* a été la sensibilité osseuse.

M. DEJERINE. — J'ai engagé mes élèves à présenter ce malade à la Société parce qu'il présente un mode de dissociation de la sensibilité que jusqu'ici je n'avais observé que deux fois, à savoir la conservation de la sensibilité osseuse, tous les autres modes de la sensibilité superficielle et profonde ayant disparu. Or, chez ce malade, la paraplégie est très fortement spasmodique et, si la sensibilité osseuse n'avait pas été recherchée, on aurait cru à une exception de la loi de Bastian qui veut que, lorsque toutes les sensibilités ont disparu, la paraplégie soit flasque car la moelle est complètement interrompue. Pour ma part, je n'ai jamais vu jusqu'ici cette loi être en défaut.

XIV. Signe d'Argyll unilatéral; Traumatisme de l'orbite; pas de syphilis décelable, par M. C. VINCENT.

(Cette communication sera publiée ultérieurement.)

XV. État comparé des Réactions Électriques des troncs nerveux dans l'Atrophie musculaire Charcot-Marie et dans la Névrite interstitielle hypertrophique, par MM. SOUQUES et DUHEM.

Nous avons examiné comparativement, au point de vue des réactions électriques, les troncs nerveux de deux malades atteints d'atrophie musculaire Charcot-Marie et d'un malade atteint de névrite interstitielle hypertrophique. Les résultats obtenus ont été tellement différents qu'il nous a semblé qu'il pouvait y avoir là, si l'avenir les confirme, un nouvel élément de distinction entre ces deux affections. Voici ces résultats :

I. — NÉVRITE INTERSTITIELLE HYPERTROPHIQUE. — Les réactions sont les suivantes :

1° *Sur les nerfs* (en appliquant l'électrode sur le tronc nerveux). D'une façon générale on peut dire qu'il y a abolition complète de l'excitabilité faradique. Quels que soient les points nerveux qu'ait touchés l'électrode (point d'Erb, médian, radial, cubital, crural, sciatique), et avec l'engainement complet de la bobine, on n'obtient aucune réaction.

Avec le courant galvanique, en portant sur les points nerveux l'excitation négative de fermeture, il y a inexcitabilité complète au point d'Erb, au médian dans la gouttière bicipitale et à la face antérieure de l'avant-bras. Quand nous disons inexcitabilité complète au courant galvanique, nous entendons inexcitabilité avec le maximum d'intensité tolérable pour le sujet qui ne peut supporter plus de 30 milliampères. La même inexcitabilité se retrouve sur le crural et sur le sciatique dans toute sa longueur. Au contraire, le radial et le cubital n'ont pas perdu toute réaction : avec 30 milliampères, en effet, on perçoit

quelques secousses faibles dans le territoire musculaire innervé par ces deux nerfs.

2° *Sur les muscles.* — Les muscles innervés par les nerfs cités plus haut sont tous atteints à des degrés divers de réaction de dégénérescence.

Le deltoïde présente une hypoexcitabilité considérable aux deux modes de courant, sans inversion polaire; la contraction est plus franche à droite qu'à gauche. Sur le biceps gauche, la D R est complète : abolition de l'excitabilité faradique, lenteur de la secousse au courant galvanique, inversion de la formule polaire. Sur le biceps droit la D R est moins nette, car il y a encore une ébauche de réaction au courant faradique. Le triceps réagit lentement au galvanique, mais sans inversion. Les muscles de l'avant-bras, dans le domaine du médian (fléchisseurs, interosseux, etc.), présentent tous des phénomènes de D R avec des réactions faibles, peu nettes; l'inexcitabilité faradique est presque toujours constante, et il y a toujours tendance à l'inversion, sinon inversion complète et réaction lente.

Aux membres inférieurs, la D R est complète à peu près partout : quadriceps, couturier, adducteurs; la D R est particulièrement nette dans le domaine du sciatique poplitée externe (région antéro-externe de la jambe); sur les jumeaux et le soléaire la D R est complète également.

Nous ferons remarquer, en passant, que ce malade a perdu toute sensibilité électrique au courant faradique, même si on emploie le courant tétanisant et avec maximum d'engainement de la bobine induite. Au contraire, au courant galvanique la sensibilité est très bien conservée : l'exploration est particulièrement douloureuse, en raison sans doute des intensités élevées que l'on doit employer.

II. — *ATROPHIE MUSCULAIRE CHARCOT-MARIE.* — Chez deux malades nous avons trouvé les réactions suivantes :

1° *Sur les nerfs.* — En excitant le tronc nerveux en ses points accessibles, on ne constate aucun trouble notable de l'excitabilité. Tous les muscles du domaine nerveux excités répondent par une secousse brusque, plus forte au pôle négatif qu'au positif; et cela avec des intensités inférieures à celles qui sont nécessaires pour amener la contraction des muscles quand on excite ces derniers directement. Les muscles qui sont très atrophiés, comme ceux des éminences thénar et hypothénar, répondent à une excitation du nerf (cubital ou médian) par une secousse évidemment plus lente et plus faible que les autres, mais nettement perceptible, alors qu'il est très difficile de l'observer lorsqu'on excite ces muscles individuellement.

2° *Sur les muscles.* — Les réactions varient avec le degré d'atrophie dont ils sont atteints et vont de la légère hypoexcitabilité à l'abolition complète de toute excitabilité faradique. On ne constate pas la D R nettement, du moins en ce moment; les modifications sont surtout quantitatives. Nous n'avons trouvé de réaction lente que sur les muscles de l'éminence thénar d'un seul de nos malades; nous n'avons pas constaté d'inversion de la formule polaire une seule fois.

Tels sont les détails de l'examen électrique. Nous ne voulons retenir ici que ce qui concerne les réactions des troncs nerveux. A cet égard, il y a un contraste entre les résultats obtenus chez le premier malade et ceux obtenus chez les deux autres. Le premier, âgé de 29 ans, est atteint de névrite interstitielle hypertrophique depuis la première enfance; les deux autres, atteints d'amyotrophie Charcot-Marie, et dont l'histoire sera publiée par l'un de nous, à d'autres égards, dans l'*Iconographie de la Salpêtrière*, appartiennent à la famille

Leh..., déjà étudiée par plusieurs auteurs : l'un, âgé de 26 ans, est pris depuis la naissance, et l'autre, qui a 49 ans, est pris depuis l'âge de 11 ans.

Cette différence des réactions électriques dans la névrite interstitielle hypertrophique et dans l'amyotrophie Charcot-Marie, sur laquelle l'attention n'a pas été attirée jusqu'ici, à notre connaissance du moins, nous paraît pouvoir constituer un nouvel élément de diagnostic entre ces deux affections, que certains auteurs ont tenté de confondre. Il va sans dire que cette différence a besoin d'être confirmée par de nouveaux faits, nos cas n'étant pas assez nombreux pour nous permettre de tirer une conclusion ferme.

La cause de cette différence des réactions électriques tient vraisemblablement à la différence histologique des troncs nerveux dans ces deux affections. Dans l'amyotrophie Charcot-Marie, les troncs nerveux sont normaux ou peu altérés ; dans la névrite hypertrophique ils sont profondément lésés et présentent, en particulier, un épaississement énorme des gaines de Schwann. Il est possible que ce soit cet épaississement et ces lésions qui empêchent le courant électrique d'atteindre le cylindraxe. Le cylindraxe, chez ce malade, n'est pas détruit, en effet : chez lui, tous les mouvements volontaires sont conservés dans les membres, encore qu'ils soient diminués d'énergie.

M. HUET. — Je ne crois pas que, dans l'état de l'excitabilité électrique des nerfs, il y ait toujours des signes distinctifs aussi tranchés entre la névrite interstitielle hypertrophique et l'atrophie musculaire Charcot-Marie que l'indiquent MM. Souques et Duhem. Dans l'atrophie Charcot-Marie, en effet, l'excitabilité électrique des nerfs peut être atteinte aussi et se montrer plus ou moins diminuée et même abolie, cette hypoexcitabilité du nerf n'étant toutefois pas également répartie sur tout le territoire du nerf considéré.

(Ayant passé en revue, après la séance de la Société de Neurologie, un certain nombre d'examen électriques que j'ai eu à faire dans des cas d'atrophie musculaire Charcot-Marie et dans des cas de névrite interstitielle hypertrophique, je dois reconnaître qu'il existe dans ces deux ordres de cas des différences dans les réactions électriques. Ces différences se montrent dans le sens indiqué par MM. Souques et Duhem, mais elles ne sont peut-être pas aussi marquées qu'ils semblent le dire, par le fait que dans l'atrophie Charcot-Marie l'excitabilité des nerfs aussi est souvent à certains égards plus atteinte qu'ils ne le signalent.)

M. SOUQUES. — Les différences étaient tranchées dans nos cas. Il est possible qu'il n'en soit pas toujours ainsi. C'est aux observations futures à nous éclairer sur ce point. Si elles établissent que ces différences existent, quel qu'en soit le degré, et confirment nos résultats, on aura là un nouveau symptôme distinctif entre l'amyotrophie Charcot-Marie et la névrite hypertrophique.

XVI. **Tabes et Zona**, par MM. SOUQUES, BAUDOUIN et LANTUÉJOL.

Les rapports du tabes avec le zona peuvent être étudiés à deux points de vue : rapport du tabes avec le zona vrai ou fièvre zoster, d'une part, et avec les éruptions zostériformes, d'autre part.

Étant donnée la spécificité du zona vrai, il ne paraît pas, de prime abord, qu'il doive survenir plus fréquemment chez les tabétiques que chez les gens bien portants. Mais, étant donné le siège radiculo-ganglionnaire des lésions initiales

du tabes, on doit se demander si ces lésions ne sont pas capables de créer un lieu de moindre résistance et, en raison de leur topographie, d'attirer et de fixer l'infection zostérienne sur le ganglion spinal. Nous ne le pensons pas : le zona ne nous paraît pas plus fréquent chez les tabétiques que chez les individus sains. Tabes et zona évoluent isolément et parallèlement, sans s'influencer l'un l'autre.

Mais ces lésions radiculo-ganglionnaires ne sont-elles pas capables de déterminer une éruption zostériforme, symptomatique du tabes? C'est là un autre problème que nous discuterons après avoir exposé l'observation suivante :

Bour..., 49 ans, terrassier, entre le 4 mai 1914 à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre. Ses antécédents héréditaires et collatéraux ne présentent rien d'important à signaler. Dans les antécédents personnels, il faut noter un alcoolisme accusé : le malade, depuis très longtemps, jusqu'au moment où il est entré à Bicêtre, absorbait quotidiennement au

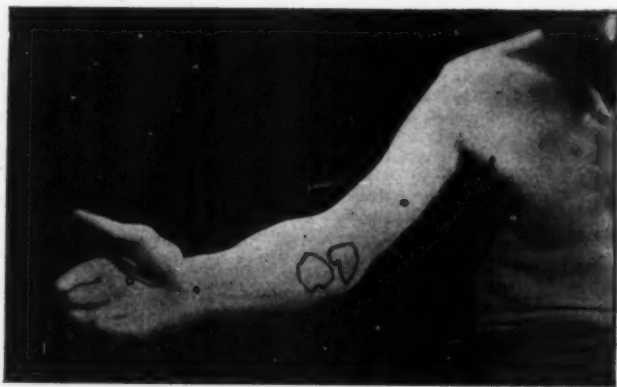


FIG. 1.

moins deux litres et demi de vin et plusieurs apéritifs (trois ou quatre absinthes de préférence).

En 1891, à l'âge de 26 ans, il a une pneumonie.

A la même époque, il contracta la syphilis, présentant un chancre de la verge reconnu spécifique à l'hôpital Ricord. Il se soigne pendant une quinzaine de jours avec de l'iodure et quelques pilules. Depuis ce moment, il ne s'est plus traité. Il dit n'avoir eu qu'une roséole très discrète : quatre ou cinq éléments, et n'avoir pas remarqué d'autres accidents secondaires. En 1897, il est soigné à Necker pour une fracture de jambe occasionnée par un traumatisme violent (éboulement d'un mur). Il reste 45 jours dans un appareil plâtre, passe ensuite une quinzaine de jours à Vincennes. La fracture était à ce moment parfaitement consolidée, le malade éprouvait seulement une gêne fonctionnelle qui a disparu peu à peu.

Pendant son séjour à Necker (à la fin de juin), le malade s'était aperçu en lisant son journal que sa vue baissait, — et des deux yeux, dit-il. Il avait des brouillards devant les yeux et était obligé d'éloigner de plus en plus la feuille imprimée. Il faut noter que le malade lisait le journal à peu près chaque jour et que, jusque-là, il n'avait remarqué aucun trouble de la vue. En sortant de Vincennes, il va consulter à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. de Lapersonne. A ce moment, on aurait diagnostiqué une atrophie blanche, et on lui a ordonné des piqûres (trois par semaine). Mais, comme il marchait encore difficilement, le malade s'est fait traiter près de chez lui, dans une clinique privée, rue du Cherche-Midi. On lui a pratiqué une opération pour taie, des deux côtés ; cette opération n'amène aucun résultat favorable. Pendant trois mois, on lui fit des piqûres :

deux chaque jour dont une à la tempe, l'autre à la fesse. Le malade ne peut indiquer le médicament employé. Il alla ensuite consulter à Laennec, à Boucicaud, à l'hôpital Rothschild, où le diagnostic d'atrophie blanche fut confirmé. Fin octobre, le malade ne pouvait plus distinguer que très mal les objets; à la fin de l'année, il ne pouvait plus traverser la rue; la cécité était arrivée à un degré qui n'a d'ailleurs pas varié: actuellement, le malade distingue seulement le jour de la nuit. Il n'a rien remarqué dans l'ordre de disparition de la vision des couleurs. A aucun moment, il n'eut de la diplopie. Il n'a jamais accusé des douleurs oculaires ou frontales. Le malade est entré à Bicêtre en 1908.

Depuis deux ans (le malade est très catégorique sur ce point), il ressent dans les membres inférieurs des douleurs diffuses: tantôt au niveau du genou, tantôt au niveau de la cuisse, ou du cou-de-pied, ou le long du tibia. Elles sont très vives, et le malade les compare spontanément à des douleurs causées par des coups de couteau ou des coups de lance. Le plus souvent nocturnes, forçant le malade à se lever, elles apparaissent brusquement et disparaissent de même ou par la marche, ne s'étant accompagnées d'aucune rougeur, d'aucun gonflement. Elles surviennent par intermittences, tous les huit ou quinze jours environ, ont une durée variable. Le malade accuse parfois des douleurs du même genre au niveau des dernières côtes, mais jamais il n'a eu de crises gastriques ni laryngées.

Le 15 mai 1914, il eut des douleurs lancinantes, qui restèrent localisées à la partie postérieure du coude droit, et deux jours après, éprouvant des démangeaisons à la partie antérieure de l'avant-bras, il constata, en passant la main gauche à ce niveau, la présence de « petits boutons », qui, dit-il, furent plus abondants le lendemain. Les douleurs du coude durèrent trois jours, mais le lendemain le malade en ressentait, ayant les mêmes caractères, à l'épaule et dans la région bicipitale. Celles-ci ne se manifestèrent que pendant une journée. En même temps, le malade accusa des picotements dans la paume de la main, avec raideur dans les mouvements des doigts. Enfin, le 20 mai apparurent des douleurs au niveau du poignet. Celles-ci ont disparu le lendemain. En résumé, jusqu'au 15 mai, jamais le malade n'a eu des douleurs au niveau des membres supérieurs, alors que, depuis deux ans, il souffre au niveau des membres inférieurs de douleurs à type tabétique. Ces douleurs récentes dans le bras droit, survenues du même côté et en même temps que le zona, doivent être rattachées à cette éruption.

Le malade est venu consulter le 19 mai. Il n'a pas senti, dit-il, de malaise général; pas de céphalée, pas de nausées. Sa température n'a pas été prise.

A son entrée à l'infirmerie, on constate une éruption de zona à la phase érythémato-vésiculeuse, dont la topographie, indiquée par une photographie (fig. 1), est la suivante. On constate plusieurs placards: les deux principaux avec plusieurs bouquets, situés à la face antérieure de l'avant-bras, occupent une zone de dix centimètres de longueur environ au-dessous de l'épitrachée, allant au dehors jusqu'à la ligne médiane, séparée en dedans du bord interne par une région de peau saine. Sur la face postéro-interne de l'avant-bras, à la hauteur du placard inférieur précédent, se trouve un groupe de quatre vésicules, invisible sur la photographie du fait de sa situation postérieure. D'autres vésicules, une ou deux, existent encore aux endroits suivants: au niveau du pli du poignet; dans la paume de la main, à l'angle formé par la ligne d'opposition du pouce et le pli supérieur; sur le bord interne du bras dans son tiers moyen et sur la paroi antérieure du creux de l'aisselle, près du bord inférieur du grand pectoral.

En résumé, ce zona occupe, au moins pour sa partie principale, le territoire dépendant de C⁹ et D¹.

Pas de troubles moteurs, ni sensitifs, ni trophiques au niveau du membre supérieur. Passons maintenant à l'examen des troubles tabétiques.

La démarche est lente et hésitante, ce qui doit être rapporté à la cécité. En tout cas, on ne constate pas d'ataxie: le malade exécute un demi-tour, s'arrête brusquement et cela d'une façon correcte, il descend et monte parfaitement les escaliers; il ne présente pas de Romberg, il a seulement de la difficulté à rester en équilibre dans l'attitude à cloche-pied. Aux membres supérieurs et inférieurs, dans les mouvements isolés, il n'y a aucune trace d'incoordination. On ne note pas d'hypotonie musculaire, ni aucune paralysie. La force musculaire est très bien conservée et la résistance aux mouvements imprimés est énergique. Le malade est droitier, au dynamomètre il obtient 30 à droite et 25 à gauche.

La sensibilité objective superficielle ne semble pas touchée: le tact, la douleur, le chaud et le froid sont perçus partout d'une façon normale. Il en est de même pour la pression.

Il y a, par contre, un certain degré d'hypoesthésie au diapason, mais sur toute la sur-

face du corps. Le sens stéréognostique, le sens des attitudes sont parfaitement conservés. Il n'existe pas de troubles trophiques osseux, musculaires ou articulaires ni de troubles vaso-moteurs ou sphinctériens. On note de l'analgésie testiculaire, cependant le malade dit avoir des rapports sexuels comme auparavant.

Les réflexes rotuliens sont abolis, de même l'achilléen droit, le gauche au contraire est normal. Aux membres supérieurs, les réflexes radiaux existent, mais les olécraniens sont abolis. Les réflexes cutanés : crémastériens, abdominaux, fessiers, plantaires, sont normaux.

L'examen des yeux indique un ptérygion bilatéral et des secousses nystagmiques dans le regard latéral surtout à gauche. Il n'y a ni strabisme ni ptosis. Les mouvements des globes sont normaux. La convergence est affaiblie. On trouve de l'inégalité pupillaire : la pupille droite est beaucoup plus petite que la gauche et irrégulière. Les réflexes pupillaires sont abolis à la lumière et à la convergence. La vision périphérique semble abolie dans les parties inférieure et nasale du champ visuel. L'examen du fond d'œil révèle une atrophie optique bilatérale. On ne trouve pas de troubles des autres organes de sens, ni de troubles viscéraux. Au Pachon, la tension est de 16/8. Le malade a refusé une ponction lombaire.

27 mai. — L'éruption est terminée, avec diminution des sensations de prurit. Les douleurs des premiers jours de l'éruption, au niveau du membre supérieur droit, n'ont pas reparu, tandis qu'il y six jours le malade a eu dans les membres inférieurs les mêmes douleurs qu'auparavant. Il n'existe pas davantage de troubles moteurs ni sensitifs.

10 juin. — Rien d'anormal à signaler.

S'agit-il de zona vrai, autrement dit de fièvre zoster chez un tabétique ? Nous le croyons, mais il ne nous est pas possible d'en donner la preuve. En effet, d'une part : la température n'ayant pas été prise dès le début, il nous est impossible d'affirmer qu'il y a eu de la fièvre. D'autre part, les phénomènes généraux qui accompagnent la fièvre paraissent avoir fait défaut, mais ils peuvent avoir été assez atténués pour passer inaperçus, ainsi que cela se voit assez souvent.

Ne s'agit-il pas plutôt d'éruption zostéroïde ou zostériforme ? Nous ne le pensons pas. Nous ferons remarquer que l'éruption est survenue, en quelque sorte en pleine santé, sur un membre qui n'avait présenté jusque-là aucun symptôme tabétique, aucune crise de douleurs fulgurantes, qui n'a présenté depuis aucune crise de ce genre (alors que les crises douloureuses ont reparu aux membres inférieurs) et qui ne présente actuellement aucun symptôme tabétique : moteur, sensitif ou trophique. Il y a eu simplement, comme dans la fièvre zoster, pendant deux ou trois jours avant l'éruption, quelques douleurs sur le trajet du nerf.

A propos de cette observation, nous désirerions poser une simple question : le tabes détermine-t-il des éruptions zostériformes ? Le siège radiculo-ganglionnaire des lésions tabétiques semblerait pouvoir les provoquer. Nous n'avons pas l'impression qu'il en soit ainsi, c'est-à-dire que ces éruptions, pour fréquentes que soient les douleurs fulgurantes dans le tabes, soient plus communes chez les tabétiques que chez les malades atteints d'une autre affection chronique de la moelle. Mais ce n'est qu'une simple impression, et nous serions heureux d'avoir, à cet égard, l'opinion des membres de la Société.

M. SICARD. — Il m'a paru, comme à M. Souques, que le zona ne frappait pas plus fréquemment les tabétiques que les sujets normaux ou atteints de maladies diverses.

Il me semble également que l'on peut parler d'éruption zostériforme, herpétique, et non pas de zona chez les tabétiques, quand les éléments éruptifs ont une tendance à la récurrence, et surtout quand cette récurrence se fait au niveau des mêmes régions topographiques, déjà atteintes une première fois.

XVII. Tubercules multiples Cérébraux, par MM. O. CROUZON et LÉCHELLE.

Nous avons observé à l'hôpital Tenon un homme qui présentait cliniquement le tableau de la méningite tuberculeuse à la période comateuse, et à l'autopsie duquel nous avons constaté, en plus des lésions authentiques de la méningite tuberculeuse, l'existence d'un certain nombre de tubercules du cerveau. Cette variété spéciale de tuberculose cérébro-méningée se rencontre assez rarement, et il nous a paru intéressant d'en rapporter ici une observation clinique et anatomique.

Le nommé X..., âgé de 38 ans, étalagiste, entre le 21 mars 1913, salle Seymour, lit n° 3. A son entrée, le malade présente de la céphalée et des phénomènes généraux caractérisés par de la fièvre, du délire et une expectoration abondante.

Il ne présente pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Quant à ses antécédents personnels, ils sont assez chargés : on apprend par l'interrogatoire de son entourage qu'il a eu, dans l'enfance, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde (cette dernière maladie à l'âge de 7 ans), et qu'il aurait été réformé pour faiblesse générale. De plus, il a eu, en 1909, une légère attaque de rhumatisme. Enfin, en 1912, il présente une orchio-épididymite unilatérale droite, ayant évolué depuis lors et présentant l'aspect clinique de la tuberculose orchio-épididymaire. A ces antécédents, il convient d'ajouter que le malade, depuis plusieurs années, a présenté de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, et a eu, à diverses reprises, des hémoptysies légères et une expectoration abondante.

La maladie actuelle a débuté il y a trois semaines : à la suite d'un refroidissement, le malade s'est mis à tousser, à cracher plus abondamment que d'ordinaire, en même temps qu'apparaissait un malaise général intense, caractérisé par de la céphalée et de la fièvre. Il dut interrompre son travail, et sa céphalée augmenta jusqu'à devenir très intense et très douloureuse. Il y a 6 ou 7 jours, cette céphalée était prédominante à la région frontale. Le malade déclare en outre avoir eu depuis quelques semaines de la diplopie ; c'est pour cet ensemble de symptômes qu'il entre à l'hôpital.

A l'examen, le malade est couvert de sueurs, paraît très amaigri et présente une température élevée. Il délire, se plaint de la tête, et il est impossible de l'examiner debout ou assis. Il présente en outre un tremblement assez marqué et une hyperesthésie cutanée très nette. A l'examen du système nerveux, les réflexes rotuliens sont légèrement diminués ; les réflexes pupillaires sont conservés, tant à la lumière qu'à la distance. Les pupilles sont égales. On constate, du côté de l'œil gauche, une paralysie complète du moteur oculaire externe. Les réflexes cutanés, abdominal, crémastérien, etc., sont conservés.

L'état mental du malade est fort altéré. Il présente un délire discontinu.

A l'examen de l'appareil digestif, on constate l'existence de vomissements en fusée à type cérébral et une constipation très prononcée. A l'examen du thorax, on constate que le malade est très dyspnéique et rejette une expectoration muco-purulente abondante, dans laquelle on décèle des bacilles de Koch. A l'auscultation, on trouve des signes de cavernes bilatérales. Les urines sont rares et contiennent une légère quantité d'albumine. La température évolue aux environs de 38°.5.

Une ponction lombaire est pratiquée qui donne issue à un liquide clair légèrement hypertendu, avec réaction lymphocytaire et polynucléaire. La coloration des lames par la méthode de Ziehl montre la présence, dans le liquide, de nombreux bacilles de Koch.

Le malade meurt cinq jours après son entrée, la dyspnée, l'asphyxie et le délire ayant été en progressant.

Le diagnostic basé sur l'examen du malade et l'évolution clinique de la maladie avait été : méningite tuberculeuse de l'adulte.

AUTOPSIE. — On constate de grosses lésions tuberculeuses des deux poumons, avec cavernes aux deux sommets. Le foie est gros, atteint de dégénérescence graisseuse. Les reins et le cœur sont normaux. On constate, dans le testicule droit, des lésions tuberculeuses prédominant au niveau de l'épididyme. La nature tuberculeuse de ces lésions fut d'ailleurs confirmée par l'examen histologique et bactériologique du testicule droit.

Le système nerveux est atteint de lésions tuberculeuses évidentes.

A l'ouverture du crâne, après incision de la dure-mère non adhérente au cerveau, on constate sur la pie-mère, très congestionnée, l'existence de nombreuses granulations tuberculeuses. Leur volume varie d'une tête d'épingle à un grain de millet ; elles sont

de consistance ferme, résistantes au toucher et particulièrement abondantes au niveau des vaisseaux. La pie-mère est très adhérente en divers points du cerveau, particulièrement dans les sillons qui remontent entre les circonvolutions pariétales et occipitales de l'hémisphère droit.

L'examen du cerveau, vu par sa face externe, permet de constater, au niveau de l'hémisphère droit, l'existence de quatre tubercules.

L'un d'eux est situé au fond du sillon pariétal transverse, en plein dans la première circonvolution pariétale droite. Il est très fortement adhérent à la pie-mère. A la coupe, on constate qu'il a la forme d'un gros pois, qu'il laisse intacte la substance grise, et qu'il n'est pas entamé à la périphérie d'une coque de tissu fibreux. Par conséquent, il donne tout à fait l'aspect clinique d'un tubercule et non pas d'une gomme cérébrale.

Dans le sillon pariéto-occipital qui mène de la circonvolution pariétale supérieure à la première circonvolution occipitale, à une distance d'environ 2 centimètres de la jonction de cette scissure avec la scissure perpendiculaire externe, visibles par la face externe de l'hémisphère, se trouvent deux tubercules immédiatement sous-jacents l'un à l'autre :

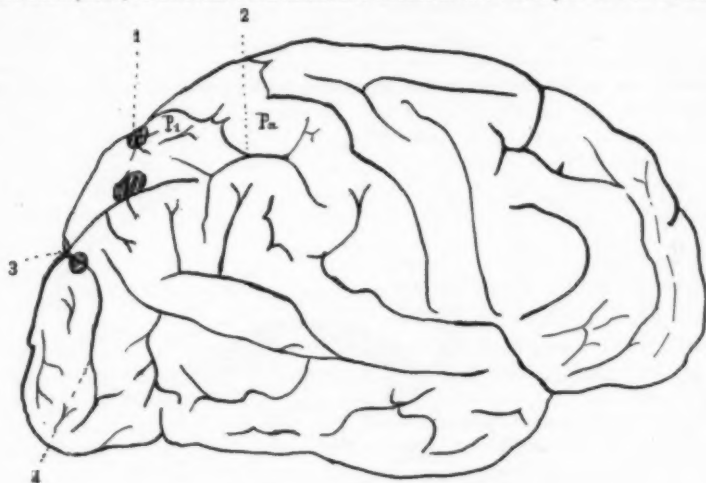


FIG. 1. — Cerveau droit, face externe.

1. Sillon pariétal transverse.
2. Sillon interpariétal.
3. Sillon pariéto-occipital.
4. Sillon inter-occipital.

l'un d'eux, visible après écartement des lèvres de la scissure et ablation de la pie-mère qui y est soudée, présente un volume assez considérable, ses dimensions sont celles d'une petite noisette. Le tubercule sous-jacent, séparé du premier par un intervalle de 8 millimètres de substance cérébrale macroscopiquement intacte, a la forme et le volume d'un pois ordinaire.

Dans le sillon inter-occipital, à un centimètre environ de la partie supérieure, voisins de la scissure perpendiculaire externe, se trouve encore un tubercule qui présente les mêmes caractères que ceux précédemment décrits : à la coupe, il a une forme régulièrement arrondie et présente un diamètre d'environ 6 millimètres.

Dans l'hémisphère gauche, on trouve un seul tubercule également cortical. Ce tubercule, à la coupe, présente la forme d'une lentille disposée horizontalement ; il siège dans le sillon collatéral au niveau du plan qui sépare la troisième circonvolution temporale du lobule fusiforme. Ses dimensions sont les suivantes : en hauteur 3 millimètres, en longueur 7 millimètres.

Les deux hémisphères sont ensuite coupés suivant la méthode de Flechsig-Brisaud. On ne constate nulle part l'existence d'aucun autre tubercule. On ne constate aucun tubercule sur une coupe du cervelet.

Mais au niveau de la partie inférieure de la protubérance annulaire, sur la face antérieure de celle-ci, dans l'intervalle qui sépare cet organe des pyramides bulbaires, on constate un tubercule très voisin de l'origine apparente du nerf moteur oculaire externe du côté gauche. Il est très fortement adhérent aux branches vasculaires qui forment, à ce niveau, le tronc basilaire et qui sont les artères sous-protubérantielles du trou borgne.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Nous avons examiné un des tubercules prélevés au niveau de la région occipitale de l'hémisphère droit.

Après inclusion à la celloidine, les coupes ont été colorées par l'hématine-éosine, par la méthode de Nissl, par la coloration de Ziehl à froid, pendant 24 heures, avec surcoloration au bleu de méthylène. Au microscope, on constate l'existence d'un véritable foyer de ramollissement caséux au centre de l'élément tuberculeux. Dans ce magma se trouvent, çà et là disséminées, quelques cellules géantes, plus abondantes que dans la zone immédiatement voisine qui entoure le magma caséux. On y rencontre des cellules géantes, de nombreux mononucléaires de grande taille et de taille moyenne, mélangés à des cellules épithélioïdes assez abondantes. Tout autour enfin, se trouve une couronne de ces mononucléaires et de lymphocytes.

L'examen de la substance cérébrale voisine, colorée à la méthode de Nissl, la montre très altérée. Les grandes cellules pyramidales présentent de l'hypertrophie et de la déformation globuleuse du noyau.

Il existe en outre une notable prolifération névroglie avec infiltration cellulaire diffuse.

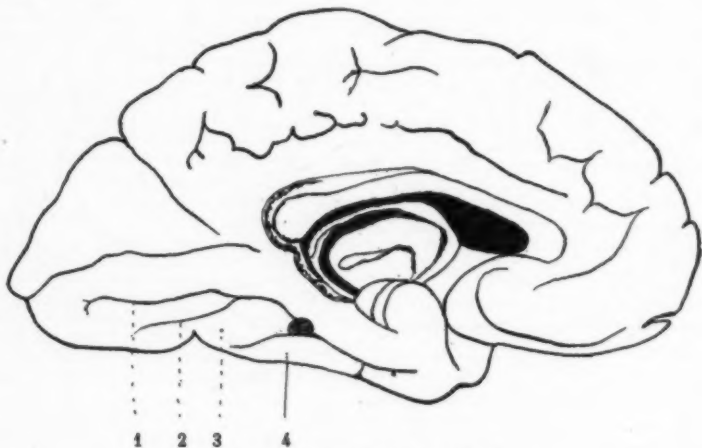


FIG. 2. — Cerveau gauche, face interne.

1. Sillon du lobe lingual.
2. Sillon collatéral.
3. Lobule fusiforme.
4. III^e circonvolution frontale.

Les vaisseaux sont également très altérés. Leurs parois sont entourées de lymphocytes abondants. Dans une coupe de l'un d'eux, au centre des amas lymphocytaires, une recherche attentive sur une coupe colorée au Ziehl a permis de mettre en évidence deux bacilles de Koch.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, parce que nous avons constaté des tubercules multiples corticaux dont l'existence n'avait pas été soupçonnée cliniquement. Aucune manifestation des lésions corticales en foyer n'avait été constatée chez ce malade et, en particulier, il n'avait eu ni épilepsie généralisée, ni céphalée à localisation précise. Par conséquent, ces tubercules n'ont donné à la maladie aucune espèce de caractéristique clinique, et les symp-

tômes ont été uniquement ceux qu'avait pu donner la méningite tuberculeuse seule. Cette méningite tuberculeuse était, du reste, bien évidente, non seulement du vivant du malade par la ponction lombaire, mais encore elle a été vérifiée anatomiquement. La seule caractéristique clinique qui puisse être relatée chez ce malade est peut-être l'existence de la diplopie et de la paralysie du moteur oculaire externe gauche précédant de plusieurs semaines la phase de méningite confirmée.

Cette paralysie pourrait être en rapport avec l'existence de tubercules constatée, comprimant l'origine apparente de la sixième paire de ce côté, bien que les paralysies oculaires s'observent fréquemment pour d'autres raisons au cours de la méningite tuberculeuse.

En dehors de ces constatations, que nous pouvons tirer d'un rapprochement entre les signes cliniques et l'examen anatomique, il nous a paru néanmoins intéressant de publier cette observation, étant donné la rareté des cas de tubercules multiples corticaux publiés jusqu'à ce jour. Ces tubercules multiples corticaux peuvent s'observer de temps en temps chez l'enfant, mais leur existence chez l'adulte paraît être extrêmement rare. Il n'y est fait que de rares allusions dans les traités classiques, et sans vouloir faire ici un exposé bibliographique de la question, que l'on trouvera exposée dans un travail que doit faire paraître incessamment notre élève M. Fidler, nous pouvons cependant dire qu'il n'est qu'une dizaine d'observations authentiques de cette variété corticale de tubercules cérébraux.

XVIII. Essais sur les Cuti-réactions glandulaires, par MM. C.-J. PARHON et EM. SATINI (de Jassy).

Dans un travail récent, Engelhorn et Wintz relatent leurs premières recherches sur une cuti-réaction de la grossesse, réaction analogue à celle de Von Picquet pour la tuberculose, de Noguchi pour la syphilis, etc.

Toutes les femmes gravides (70) présentèrent une réaction positive avec l'extrait placentaire. Par contre, 53 femmes non gravides montrèrent une réaction négative. Une femme non gravide eut exceptionnellement une réaction positive.

La réaction se traduit par un œdème inflammatoire et de la rougeur, avec une coloration légèrement brunâtre de la périphérie.

Récemment, Esch a rappelé des recherches analogues, qu'il a publiées il y a déjà deux ans. Ses résultats ont été moins nets, il est vrai.

Si le principe de ces réactions est juste, on peut penser à l'appliquer aussi à d'autres manifestations glandulaires, ce que nous nous sommes proposé de faire, et nous apportons ici le résultat de nos premiers essais.

N'ayant pas eu à notre disposition des organes humains dans des conditions irréprochables, nous nous sommes servis d'organes de vache (thyroïde et ovaire), bien que nous pensions qu'il serait, *a priori*, préférable d'employer des organes humains.

L'extrait dont nous nous sommes servis fut préparé en laissant macérer à froid, pendant 24 heures, l'organe frais et haché dans la solution physiologique additionnée de 0,03 phénol (1 gramme d'organe pour 5 centimètres cubes de solution).

La cuti-réaction fut essayée dans 54 cas, dont 49 d'aliénés. Vingt-neuf fois (1)

(1) Dans 4 cas, la réaction fut essayée en même temps chez les mêmes sujets avec les deux organes.

nous employâmes l'extrait thyroïdien et vingt-neuf fois l'extrait ovarien (chez 4 de ces derniers de l'extrait de corps jaune).

Les essais, avec la thyroïde, ont donné les résultats suivants :

Psychoses périodiques. Manie aiguë ou sub-aiguë, 7 cas, avec.....	R + 5 cas. R + 1 cas (1). R + 4 cas.
Manie chronique.....	4 cas R —.
Syndrome de Basedow très atténué à la suite de la double sympathico- tomie et psychose maniaque dépressive. R —.	
Psychoses confusionnelles.....	3 cas... { R + 1 cas. R + 1 cas. R — 1 cas.
Paralysie générale.....	5 cas... { R + 1 cas. R + 1 cas. R — 3 cas.
Épilepsie.....	4 cas... { R + 1 cas. R — 3 cas.
Psychose pubérale (démence précoce?).....	1 cas... R —
Alcoolisme.....	1 cas... R —
Démence paranoïde.....	1 cas... R —
Démence sénile.....	1 cas... R +
Femme, 46 ans. Insuffisance ovarienne ménopausique.....	R +
Femme, 40 ans, normale.....	R +
Jeune fille, 20 ans. Hystérie.....	R —
Femme normale.....	R —

Il résulte de ces recherches que la réaction a été positive dans la majorité des cas de psychoses périodiques et maniaques. Il en fut de même chez les deux femmes (46 et 40 ans) à la ménopause ou près de cette époque, de même que dans les cas de démence sénile. Dans la paralysie générale et l'épilepsie, de même que dans les autres cas examinés, la réaction se montra, le plus souvent, négative (2).

Avec l'extrait ovarien nous avons obtenu le résultat suivant :

Démence précoce.....	R + { 8 femmes... 4 hommes... 12 cas.	R + { 2 femmes... 2 hommes... 4 cas.	R — { 3 femmes. 3 cas.
----------------------	---	--	---------------------------

Une des femmes avec R+ était précisément à l'époque menstruelle.

Nous avons employé, chez elle, l'extrait de corps jaune. Avec le même extrait, chez une femme en dehors de la période menstruelle, la R fut négative (un des 3 cas R —).

Elle fut également négative chez une jeune fille guérie d'une psychose périodique ; elle était également en dehors de sa période menstruelle.

Chez une jeune fille hystérique, pendant la période menstruelle, la R fut faiblement positive (ou douteuse) avec le corps jaune.

La réaction se montra encore positive avec l'extrait total d'ovaire, chez un homme imbécile, chez un alcoolique, ainsi que dans un cas de démence secondaire, douteuse chez un idiot sourd-muet.

Elle fut positive encore chez les deux femmes (46 et 40 ans) plus haut citées, et négative chez une autre jeune fille hystérique, ainsi que chez une femme normale.

(1) R+ = R douteuse.

(2) Nous avons pratiqué, chez chaque malade, deux inoculations ayant laissé une troisième petite écorchure cutanée pour contrôle

La réaction avec l'extrait ovarien n'a montré aucune spécificité pour le sexe féminin. Les réactions avec le corps jaune ont été négatives dans les deux cas où elles ont été cherchées chez les femmes non menstruées, positives (ou douteuse dans un cas) chez les deux femmes menstruées.

Tels sont nos premiers résultats. Nous nous abstenons, pour le moment, d'une discussion plus circonstanciée, en attendant que de nouvelles recherches nous permettent une meilleure orientation dans la question.

XIX. Sur une Réaction nouvelle du Liquide Céphalo-rachidien, par
M. PIERRE BOVERI (de Milan).

Je désire attirer l'attention des neurologistes sur une réaction qui, par sa simplicité et par sa sensibilité, peut, je crois, rendre quelque service en clinique.

Voici comment on doit procéder :

Dans un tube à essai, on verse un centimètre cube de liquide céphalo-rachidien à examiner; ensuite, on ajoute 1 centimètre cube de solution 0,1 % de permanganate de potassium, en laissant couler ce liquide lentement le long des parois du tube incliné.

On remet le tube dans la position verticale et on observe la coloration de la zone limite entre les deux liquides. Si le liquide céphalo-rachidien est normal, il ne se produit aucune coloration; si, au contraire, il est pathologique, on voit apparaître, après quelque temps, un anneau jaune paille, plus ou moins foncé.

Cette réaction, qu'on pourrait appeler *zonale*, n'est cependant pas aussi évidente que la *réaction globale*. C'est-à-dire que, si on agite un peu le tube de façon à mélanger les deux liquides, on voit, après quelque temps, un changement de la couleur du mélange.

La coloration rose violacée du permanganate disparaît si le liquide céphalo-rachidien est pathologique, et le mélange prend une teinte jaune clair, jaune paille. Si, au contraire, le liquide est normal, la coloration reste rose violacée.

La réaction se fait rapidement et sa valeur est bien en rapport avec la vitesse de sa production.

On peut parler de *réaction forte* lorsque celle-ci se produit en deux minutes; de *réaction moyenne*, produite en 3-4 minutes; de *réaction faible*, en 5-6 minutes.

On doit considérer comme négative toute réaction se produisant au delà de ce temps, car, même dans les conditions normales, le mélange finit par changer de couleur.

Nous avons pu faire cette épreuve sur un bon nombre de malades, atteintes de formes nerveuses différentes, et nous avons fait, en même temps, les communes recherches d'ordre physique, chimique et cytologique.

Voici ce qu'il nous semble pouvoir prétendre :

I. La réaction positive est une preuve certaine d'une altération dans la constitution du liquide céphalo-rachidien, et dans ce sens elle est plus sensible des réactions de Nonne, de Noguchi, etc.

II. Toutes les fois que l'albumine du liquide augmente, notre réaction est positive. Il peut se faire, cependant, que la réaction au permanganate donne un résultat positif, tandis que les communes réactions de l'albumine sont négatives.

III. Il n'existe pas un parallélisme constant entre la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et la réaction au permanganate.

IV. Les réactions plus fortement positives ont été observées dans les cas de méningo-myélite.

La pathogenèse de cette réaction est obscure.

Le fait de la trouver positive lorsque les réactions pour l'albumine sont positives, donne lieu à penser qu'elle est due à des troubles du métabolisme des substances protéiques, en particulier à la désintégration des albumines endogènes. Les recherches de Zunz, de Engeland, de Bodzynski, de Panek, faites sur les urines, semblent appuyer cette hypothèse.

D'autre part, on pourrait penser que la réaction au permanganate serait en rapport avec quelque pigment dérivant de l'hémoglobine du sang et qui se trouverait dans le liquide céphalo-rachidien par suite de petites hémorragies méningées.

Est-elle due, enfin, à des substances lipoides anormales?

Nous ne le savons pas. La question est complexe, et nos recherches, à leur début, ne nous permettent pas de faire une affirmation précise.

Nous avons voulu seulement exposer cette réaction, aussi simple que sensible, et qui permet d'établir très rapidement si un liquide céphalo-rachidien est normal ou pathologique (1).

XX. Aphasie de Wernicke et Apraxie idéatoire, avec lésion du Lobe Pariéto-temporal gauche, par MAGALHAES LEMOS (de Porto). (Communiqué par M. HENRY MEIGE.)

L'observation qui fait le sujet de cette communication (2), d'accord avec quelques cas déjà publiés, montre qu'il y a des connexions très étroites entre l'aphasie de Wernicke et l'apraxie idéatoire, — au triple point de vue anatomique, clinique et psychologique.

OBSERVATION. — L..., marié, âgé de 37 ans, employé dans un bureau de l'État, droitier, a été interné le 25 mai 1911.

Jusqu'à l'âge de 18 ans il a toujours joui d'une bonne santé; mais à cette époque, à la suite d'une vive contrariété d'amour, il eut quelques attaques de nerfs.

Tout à coup le malade devenait furieux, il était difficile à maintenir, parce que dans son agitation il déployait une force extraordinaire, déchirait ses vêtements, se mettait tout nu, faisait le geste d'écarter avec ses mains quelque chose qui l'étranglait, poussait des cris aigus et s'écriait : « Papa! sauve-moi!... On me tue!... J'étouffe! » etc.

Après deux ou trois heures d'agitation et de cris, le malade s'endormait profondément d'un lourd sommeil, pour s'éveiller assez dispos et n'ayant aucun souvenir de ce qui lui était arrivé.

L'attaque se répéta une demi-douzaine de fois, à des intervalles très éloignés, et toujours provoquée par quelque chagrin ou contrariété.

À l'âge de 25 ans il contracta la syphilis, dont il négligea le traitement.

Histoire de la maladie. — Après quelques jours de maux de tête, de malaise et de fatigue cérébrale, il eut le 10 avril 1911 quatre attaques convulsives, avec perte de connaissance, suivie d'aphasie sensorielle, sans paralysie.

Reçu à l'hôpital du Conde de Ferreira, dans mon service, le 25 mai 1911, il présentait le tableau clinique de l'aphasie de Wernicke : cécité et surdité verbale très accusées, aggraphie totale, paraphasie très prononcée avec jargonaphasie. S'il y avait quelques

(1) Travail fait dans le service du professeur Medea, à l'hôpital Majeur, de Milan.

(2) L'histoire anatomo-clinique détaillée, avec figures, paraîtra prochainement dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Le cerveau, confié à M. et Mme Vogt, sera étudié en coupes microscopiques sérieuses.

troubles apraxiques au sens restreint du mot, ils sont passés inaperçus. La manipulation des objets était très correcte. Impossible d'affirmer l'existence de l'hémiopie.

Quelques mois après, on constatait une légère amélioration, qui s'était produite lentement, et qui se prolongea jusqu'au 8 mars 1912; mais alors il eut une attaque apoplectiforme, sans paralysie, qui aggrava les anciens phénomènes aphasiques, et en outre apparurent des manifestations apraxiques et agnosiques, qui par leur aggravation progressive transformèrent véritablement le malade.

Jusqu'à cette époque nous avions un aphasique sensoriel vulgaire, comme on en voit tous les jours; mais quelque temps après, c'est un malade tout nouveau que nous avons, à cause des troubles qu'il présente dans l'exécution des actes de la vie courante, et cela en dehors de toute paralysie, ataxie, tremblement, etc., qu'il n'a jamais eus, et en dehors de tout trouble démentiel proprement dit.

Précisons :

Jusqu'à cette époque notre malade s'habillait, se peignait, se brossait, mangeait très proprement tout seul, etc.; bref, il maniait correctement les objets et il pouvait se passer d'aide; quelques semaines après il n'en était plus ainsi, et il fallait lui donner tous les soins que réclame un enfant.

Examen. — Il ne sait plus se brosser les dents. Je lui présente une brosse à dents et un verre d'eau, et je l'invite par la parole et par la mimique (à cause de l'incompréhension des mots parlés) à s'en servir. Il saisit la brosse par le bout des poils et s'en frotte avec le manche les joues, le nez et les dents.

Le conseiller de Liepmann présentait des réactions analogues.

Le malade, qui était un grand fumeur, ne sait plus faire une cigarette. En lui tendant du papier à cigarettes avec une pincée de tabac et une boîte d'allumettes de bois, je l'invite, toujours par la parole et par la mimique, à faire une cigarette et à la fumer. Il prend le papier par un bout, mais avec une telle maladresse que le tabac tombe sur la table, il éparpille soigneusement le tabac avec ses doigts, met le papier de côté, me regarde et dit : « Je n'ai rien! »

Ensuite, il prend la boîte d'allumettes et l'ouvre si maladroitement que toutes les allumettes tombent sur la table; il en prend une et cherche à écrire avec, comme si c'était une plume, sur une feuille de papier, d'abord avec l'extrémité garnie de phosphore, puis avec l'extrémité opposée. Voyant qu'il ne peut pas écrire, il semble ne pas se rendre compte de la cause de son insuccès et il jette l'allumette avec un mouvement de dépit.

Il s'agit évidemment d'une apraxie secondaire, d'un acte erroné par agnosie. C'est, selon la terminologie admise, une *parapraxie par agnosie*.

Je lui donne encore du papier à cigarettes avec une pincée de tabac, et je l'invite pour la deuxième fois à faire une cigarette. Il prend le papier avec le tabac, le regarde, hésite quelques instants et jette le tout sur la table.

Dans le but de faciliter la compréhension de l'ordre donné et son exécution, je lui offre une cigarette toute faite et je l'invite à la fumer. Il coupe la cigarette avec les dents, la mâche et l'avale.

Je lui offre une autre cigarette, et en appelant son attention sur la boîte d'allumettes, qui pourtant est bien en évidence sur la table, je lui indique par la mimique que la cigarette n'est pas faite pour être mangée, mais pour être fumée. Il met assez correctement la cigarette entre ses lèvres et cherche à faire flamber une allumette, mais il l'use sans réussir; il essaie encore en vain trois allumettes et commence à s'irriter. Je lui tends une allumette flambante, qu'il prend, allume assez convenablement la cigarette, et, en même temps qu'il commence à la mâchonner, il la fume précipitamment, jusqu'à se brûler les doigts et les lèvres. Alors il met le bout de la cigarette sur la table, tout à fait à côté du cendrier.

Puis il saisit une allumette de bois, qui est sur la table, la coupe avec les dents en petits morceaux et se met à la mâcher. On la lui ôte de la bouche, pour qu'il ne l'avale pas.

Ensuite il prend un porte-plume, en met l'extrémité de bois dans sa bouche et tranquillement tire dessus comme sur un cigare (*persévérance* : un mouvement exécuté il y a un instant avec l'objet adéquat est peu après répété avec les objets les plus dissimilaires); puis, comme il ne sent pas la fumée, il s'irrite, la tourne de l'autre bout, serre la plume solidement entre ses dents, la tortille et la brise.

Désirant allumer une cigarette avec des allumettes amorphes, il tire tout à fait le petit tiroir de la boîte en faisant tomber les allumettes sur la table; il en prend une, la frotte sur les faces supérieure et inférieure de la boîte, et encore sur les deux faces laté-

rales, mais alors *en dedans*, jamais sur le frottoir. Comme il ne réussit pas et qu'il essaie en vain successivement différentes allumettes, il se met en colère, et, d'un air étonné, s'écrie à plusieurs reprises : « Nao presta ! » (Cela ne vaut rien.)

Je lui tends alors une allumette flambante, qu'il prend correctement, et s'empresse d'allumer la cigarette, qu'il tient dans sa bouche et qu'il aspire avec force ; mais tout d'abord, avant d'atteindre la cigarette, il tâte à plusieurs reprises dans le vide avec l'allumette excessivement éloignée, puis il l'approche trop, de sorte qu'il allume la cigarette par le milieu.

C'est une réaction d'apraxie idéo-motrice de Liepmann, qu'il appelait auparavant *apraxie motrice*.

Il ne sait plus écrire.

L'agraphie porte sur l'écriture spontanée, sous dictée et la copie ; et elle est, pour ainsi dire, totale et absolue. Invité à écrire une lettre à sa tante pour la prier de venir le chercher, il esquisse avec beaucoup de peine son nom, qui est presque illisible, et se met à tracer des traits informes, où on peut à peine distinguer çà et là quelques indices de lettres. Ayant épuisé l'encre de la plume, il continue à écrire, comme s'il y en avait encore. En outre, tous les actes moteurs de l'écriture, tels que saisir le porte-plume, les mouvements des doigts et de la main, reprendre de l'encre, etc., etc., sont d'une extraordinaire maladresse. On n'y voit pas de trace de cette aisance d'une main exercée par l'habitude, qu'il avait avant sa maladie et qui, on ne saurait trop insister là-dessus, a été remplacée par une maladresse extrême.

Il est absolument incapable de s'habiller.

Il ne sait plus l'ordre dans lequel doivent être mises les différentes pièces de son vêtement, ni comment les mettre : il met son pantalon avant son caleçon, son veston avant sa chemise, etc. ; il prend la manche droite pour la manche gauche, il met ses vêtements à l'envers, le devant en arrière, etc. J'ai fait cinématographier le malade pendant qu'il s'habillait (1).

Le 15 juillet 1912 le malade meurt, après quelques accès d'épilepsie jacksonienne limités au côté droit du corps — une seule fois les convulsions se sont généralisées envahissant tout le côté gauche.

Voici, en résumé, le résultat de l'examen macroscopique du cerveau :

AUTOPSIE. — La dure-mère offre un léger épaississement le long de la faux du cerveau, mais on ne constate d'adhérence ni au crâne, ni à l'arachnoïde. Pas de lésions artérielles.

Hémisphère gauche. — Il est manifestement plus petit que le droit, atrophié, comme la photographie le montre. A l'examen macroscopique, les faces interne, inférieure et une grande partie de la face externe — comprenant le lobe frontal, la pariétale ascendante, le pôle temporal et la pointe du lobe occipital — semblent normales. Le reste de la face externe, c'est-à-dire la moitié postérieure de P_1 , presque tout P_2 , le tiers postérieur de T_1 , T_2 et T_3 , et les deux tiers antérieurs de O_1 et O_2 , présente un aspect anormal : la surface du cerveau offre une coloration plus foncée et les circonvolutions sont granuleuses, après au toucher, plus ou moins amincies, retracts, atrophiées.

Cette atrophie est très accusée sur le bord supérieur de l'hémisphère, au niveau de l'encoche de la scissure perpendiculaire, où elle creuse une grande dépression, qui se prolonge sur la face externe du cerveau dans la direction de la scissure perpendiculaire externe, de façon que l'hémisphère paraît avoir été étranglé à la base du lobe occipital. Il semble qu'il s'agit d'une sclérose cérébrale.

Sur la face externe de l'hémisphère gauche on constate encore huit petites plaques ferrugineuses aux points indiqués sur le dessin.

On voit, comme il fallait s'y attendre, que la zone de Wernicke est très sérieusement lésée et que les circonvolutions P_2 et T_2 sont particulièrement atteintes.

Hémisphère droit. — Ne présente pas de lésions macroscopiques appréciables, en dehors d'une très petite dépression à la base du lobe occipital, et symétrique avec celle de l'autre hémisphère.

Le cervelet n'offre rien d'anormal.

(4) Le film cinématographique que j'ai l'honneur d'offrir à la Société de Neurologie, et qui a fixé les mouvements du malade pendant qu'il s'habillait, n'est pas aussi net qu'il aurait pu l'être, parce que, étant alors de mauvaise humeur, le malade s'irritait, exprimait à grands cris son impuissance à s'habiller et se couchait à chaque instant. L'opérateur, de son côté, a fait des interruptions regrettables.



Il s'agit, en somme, d'un homme encore jeune, syphilitique, qui, aphasique sensoriel à la suite d'une attaque épileptique — et après une légère amélioration des symptômes aphasiques suivie d'aggravation des mêmes symptômes et coïncidant avec cette aggravation — en dehors de toute paralysie, ataxie, tremblement, etc., et en dehors de tout état démentiel, présentait des troubles des actes compliqués exécutés dans un but donné.

L'histoire clinique du malade se divise en deux périodes :

1° La première période est caractérisée par une aphasie de Wernicke classique très accusée.

2° La deuxième période présente, outre les troubles du langage de la période précédente, des troubles très particuliers de l'activité motrice, qui en quelques semaines transformaient le malade.

Or, si les troubles du langage n'offrent rien de spécial, les troubles de la motricité sont intéressants en eux-mêmes, par leur association avec les troubles du langage et par les rapports anatomiques qui les unissent les uns aux autres.

L'étude de l'activité motrice montre que le malade, tantôt prend un objet pour un autre et, par suite de cette fausse reconnaissance, exécute des actes faux par rapport à l'objet, mais corrects en eux-mêmes et subjectivement logiques (agnosies); tantôt il répète avec un objet quelconque le mouvement qu'il venait de faire avec l'objet adéquat (persévération intentionnelle); tantôt il est incapable d'exécuter certains actes de la vie courante, ou il les exécute très incorrectement, avec une étonnante maladresse (apraxie).

C'est surtout dans l'exécution d'actes compliqués, se composant d'une succession d'actes partiels adaptés à un but bien défini, devant s'exécuter dans un certain ordre, — tels que s'habiller, faire une cigarette, allumer une cigarette, allumer une allumette, — que ces derniers troubles sont plus accusés. Il semble évident que l'impuissance motrice est causée par des processus idéatoires incomplets, défectueux, mal élaborés.

Bref, d'après les idées admises, notre malade est un *aphasique sensoriel*, un *parapraxique par agnosie*, un *apraxique idéatoire*, et il présente quelques réactions appartenant à l'*apraxie idéo-motrice* dans le sens de Liepmann.

Je ne tiens pas à m'occuper ici de l'aphasie, mais je vais insister quelque peu sur l'agnosie et l'apraxie.

L'acte d'écrire avec une allumette, comme si c'était une plume, est basé sur ce que le malade prend un objet pour un autre, c'est-à-dire sur une erreur d'identification secondaire; il relève évidemment de l'agnosie. C'est une apraxie secondaire, sensorielle, une *parapraxie agnosique*; il ne s'agit pas de pseudo-apraxie par persévération.

L'apraxie est ici, comme dit Hollander, l'aboutissant de la non-reconnaissance intellectuelle.

En outre, soit dit en passant, la surdité verbale, que le malade présentait à un si haut degré, n'est qu'une agnosie auditive partielle et spéciale.

L'impossibilité de s'habiller tient surtout de l'*apraxie idéatoire*. La conception de l'idée directrice de l'acte ou de l'idée du but à atteindre est ici troublée. Le malade, comme on dit, a perdu la formule kinétique de s'habiller.

Cependant, si on réfléchit à tous les mouvements du malade dans l'acte complexe de s'habiller, on s'aperçoit que la reconnaissance n'est pas parfaite; bonne dans l'ensemble, elle laisse à désirer dans quelques détails. Cela montre,

comme Liepmann d'ailleurs le fait remarquer, qu'il existe des rapports très étroits entre l'apraxie idéatoire et l'agnosie. Ces deux troubles s'entremêlent le plus souvent.

Enfin je crois pouvoir ajouter que quelques réactions doivent être classées dans l'apraxie *idéo-motrice*, puisque des phénomènes analogues — observés chez quelques malades de Pick et chez le conseiller de Liepmann lui-même — ont été envisagés de la sorte.

Ces réactions apraxiques d'origine sensorielle, idéatoire, persévératrice et idéo-motrice s'enchevêtrent entre elles et avec les troubles aphasiques en formant un tableau clinique très compliqué.

Serait-il possible d'expliquer l'association de l'aphasie de Wernicke avec l'apraxie (surtout idéatoire) par les lésions trouvées (prédominant dans la zone de Wernicke), et de mettre ces données anatomo-cliniques d'accord avec nos idées théoriques sur l'apraxie?

On ne saurait aborder cette discussion sans examiner le cerveau en coupes microscopiques sériées — la substance blanche et l'écorce. Il est particulièrement intéressant de bien connaître l'état de la substance blanche sous-jacente à la région de Wernicke, des longs faisceaux d'association, du corps calleux, des radiations calleuses, de la substance blanche du lobe frontal, etc., ainsi que l'état de l'écorce, surtout du lobe pariéto-temporal-occipital.

L'isolement du *senso-motorium* gauche du reste de l'écorce cérébrale, surtout des sphères sensorielles, s'il existe, doit être insignifiant, presque négligeable, puisque les caractères moteurs de l'apraxie sont à peine saisissables dans quelques réactions. Laissons donc, pour le moment, cette discussion de côté, mais en attendant il me semble que nous pouvons dès à présent établir les propositions suivantes :

1° La coexistence de l'aphasie de Wernicke avec l'apraxie idéatoire est un fait qui, comme le dit Pierre Marie, dépasse les limites du simple hasard. Il y a entre ces phénomènes et les lésions du lobe pariéto-temporal gauche, qui est le substratum anatomique de l'aphasie de Wernicke, plus qu'une rencontre pure et simple.

2° L'atrophie cérébrale était plus prononcée dans l'hémisphère gauche (si elle existe aussi dans le droit), plaide, d'accord avec les idées de Liepmann, en faveur de la prédominance de cet hémisphère sur l'hémisphère droit, aussi bien dans les mouvements volontaires que dans la fonction du langage.

3° Le caractère diffus de la lésion corticale justifie l'axiome de Liepmann, admis par Kleist : l'apraxie idéatoire est l'apanage des lésions diffuses (ou multiples), tandis que l'apraxie idéo-motrice appartient aux lésions circonscrites.

4° Enfin, d'accord avec Liepmann et Heilbronner, il semble qu'on peut établir, en principe, que plus la lésion du lobe pariéto-temporal empiète sur les régions postérieures du cerveau, d'autant plus grande sera la possibilité des réactions d'apraxie idéatoire, plus ou moins compliquée de troubles agnosiques.

A 14 h. 3/4 la Société se réunit en Comité secret.

A propos du Congrès de Berne.

Le Comité d'organisation du Congrès international de neurologie, de psychiatrie et de psychologie, qui se réunira à Berne du 7 au 12 septembre 1914, avait

demandé à la Société de Neurologie de Paris de constituer un comité français de propagande.

A la suite d'un vote en comité secret du 12 février 1914, la Société de Neurologie de Paris a fait savoir que la neurologie française serait représentée par son Bureau et ses membres français dans ce Comité de propagande.

En ce qui regarde la psychiatrie et la psychologie françaises, les sociétés de psychiatres et de psychologues ont été invitées à désigner de leur côté leurs représentants dans le Comité français de propagande du Congrès de Berne.

Par une lettre du 17 mai 1914, le Comité d'organisation du Congrès de Berne a fait observer qu'il lui était impossible de faire figurer dans ses circulaires tous les noms des membres français de la Société de Neurologie de Paris. « Sans vouloir le moins du monde, dit-il, influencer les décisions qui seront prises, nous serions heureux que la Société de Neurologie de Paris voudrît bien désigner, outre son Bureau, quelques membres de la Société pour la représenter dans le Comité français de propagande, en même temps qu'un certain nombre de membres correspondants nationaux. »

La Société de Neurologie de Paris, consultée, a été d'avis de se faire représenter : par son Bureau actuel, composé de Mme DEJERINE, MM. HUET, H. MEIGE, SICARD, A. BAUER ; — par ses anciens présidents : MM. ACHARD, BABINSKI, GILBERT-BALLET, DEJERINE, ERNEST DUPRÉ, DE LAPERSONNE, KLIPPEL, PIERRE MARIE, PAUL RICHER, SOUQUES ; — par un certain nombre de ses membres : MM. BARRÉ, CLAUDE, CROUZON, FOIX, GUILLAIN, JUMENTIÉ, LAIGNEL-LAVASTINE, LÉRI, DE MASSARY, ROUSSY, ANDRÉ-THOMAS, TINEL ; — et, parmi ses membres correspondants nationaux, par MM. CESTAN (Toulouse), DURET (Lille), ÉTIENNE (Nancy), GRASSET (Montpellier), HALLIPRÉ (Rouen), JEAN LÉPINE (Lyon), MIRALLIÉ (Nantes), ODDO (Marseille), PITRES (Bordeaux), RAUZIER (Montpellier), RÉGIS (Bordeaux).

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

DE PARIS

Présidence de M. Charles VALLON

Séance du 14 mai 1914.

RÉSUMÉ (1).

I. Un Vœu Médical pour le Fonctionnement des Tribunaux d'Enfants, par MM. ANDRÉ COLLIN et G. ALEXANDRE.

MM. A. Collin et G. Alexandre demandent à la Société de Psychiatrie d'émettre son opinion sur l'utilité qu'il y aurait de faire subir, à tous les mineurs de treize ans qui passent en justice, un examen médical permettant de joindre à leur dossier une fiche médicale voisinant avec les fiches policières.

Cet examen classerait les jeunes prévenus dans des cadres répondant aux types morbides les plus fréquents, et chacun d'eux pourrait être envoyé d'emblée à la place qui lui convient.

Après discussion, la Société charge MM. Roubinovitch et André Collin de rédiger un vœu qui sera soumis au vote dans une prochaine réunion.

II. Délire aigu. Mort par Pneumonie; Encéphalopathie Neuro-épithéliale, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FÉLIX ROSE.

Un homme de 27 ans est pris brusquement d'un délire d'emblée de teinte mystique, à prédominance d'idées de persécution avec agitation extrême, mais sans désorientation dans le temps et dans l'espace.

Une pneumonie intercurrente l'enlève au neuvième jour, dans une syncope.

À l'autopsie, l'encéphale, un peu congestionné, ne présente aucune lésion inflammatoire méningo-conjonctivo-vasculaire, mais dans les lobes frontaux se remarque une augmentation évidente de cellules satellites, surtout dans les couches profondes de l'écorce, avec figures assez nombreuses de neurophagie,

(1) Voy. *Encéphale*, 10 juin 1914.

sans chromatolyse ni déformation globuleuse des cellules nerveuses. Il n'existe pas de lésions appréciables des viscères, sauf l'hépatisation pulmonaire.

Les spongiocytes manquent dans les surrénales, dont les cellules médullaires sont très riches de granulations. Cette absence de spongiocytes paraît secondaire à l'agitation musculaire.

La chronologie des accidents cérébraux et pulmonaires, comme l'absence de lésions cellulaires à caractères toxiques dans le cortex et l'intégrité hépato-rénale montrent que la pneumonie n'a pas été la cause du délire.

Celui-ci n'eut d'ailleurs pas l'allure d'une confusion mentale toxi-infectieuse, mais se rapprocha beaucoup plus de l'excitation hémiphrénique, avec son délire actif, son orientation, ses idées mystiques et de persécution et ses interprétations délirantes.

Les lésions non douteuses du cortex sont, à leur intensité près, tout à fait celles qu'on trouve chez les déments précoces. L'atrophie n'existe pas encore, mais la prolifération névroglie est déjà marquée.

Les auteurs pensent donc que le délire aigu, d'allure hémiphrénique, observé chez le malade fut l'expression première d'une encéphalopathie neuro-épithéliale au début. L'extrême rareté d'un examen histologique aussi précoce, dans des cas analogues, fait le principal intérêt de cette observation.

INFORMATION

Vingt-quatrième Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

LUXEMBOURG, 3-7 AOÛT 1914.

Président : Docteur E. DUPRÉ, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Vice-Président : Docteur H. MEIGW, secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris.

Secrétaires généraux : Docteur L. BUFFET, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés d'Ettelbruck (grand-duché de Luxembourg);

Docteur R. LALANNE, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

PROGRAMME DES TRAVAUX

Lundi 3 août.

A 9 heures et demie du matin. — Séance solennelle d'ouverture au Cercle de la municipalité.

Après-midi. — Rapport et discussion sur la première question : *Les psychoses post-oniriques*. Rapporteur : M. le docteur DELMAS, de Paris.

Le soir. — Réception offerte par la municipalité de Luxembourg.

Mardi 4 août.

Matin. — Rapport et discussion de la deuxième question : *Les maladies mentales professionnelles*. Rapporteur : M. le docteur COULONJOU, de la Roche-sur-Yon.

Après-midi. — Excursion à Montfort-les-Bains. Séance de communications à l'établissement thermal.

Soir. — Réception offerte aux congressistes par M. MOLLARD, ministre de France à Luxembourg.

Mercredi 5 août.

Matin. — Rapport et discussion de la troisième question : *Les lésions du corps thyroïde dans les maladies de Basedow.* Rapporteur : M. le professeur agrégé Roussy, de Paris.

Après-midi. — Séance de communications. Un appareil à projections et un cinématographe seront à la disposition des congressistes.

Soir. — Réception offerte par le Président et les Membres du Congrès.

Jeudi 6 août.

Excursion automobile dans le grand-duché de Luxembourg : Esch-sur-Sûre et Wiltz, Clervaux, Vallée de l'Our, château de Vianden, Diekirch, Ettelbruck. Visite de l'Asile d'aliénés sous la conduite du médecin-directeur M. le docteur BURFAT, secrétaire général du Congrès.

Séance de communications et clôture des travaux du vingt-quatrième Congrès. Lunch offert par l'Asile d'Ettelbruck. Retour à Luxembourg.

Excursion facultative sur les bords du Rhin.

Du vendredi 7 au lundi 10 août : visite de Metz, Mayence, Coblenz, Kœnigs-winter, Drachenfels, Bonn, Cologne.

Voir, pour les renseignements généraux sur le Congrès, la *Revue neurologique*, numéro du 30 avril 1914.

S'adresser, pour tous renseignements, envois d'adhésions et cotisations, au docteur LALANNE, médecin en chef de l'Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

OUVRAGES REÇUS

YAWGER, *Colloid Bodies in the central nervous system : their presence after severe traumatisme in a case of dementia paretica*. University of Pennsylvania Department of Neurology and Neuropathology, vol. VI, Philadelphia, 1911-1912.

YAWGER, *Fibrositis as a cause of chronic hypertrophic spondylitis, and possibly with a heretofore undescribed sign in intestinal auto-intoxication*. University of Pennsylvania Department of Neurology and Neuropathology, vol. VI, Philadelphia, 1911-1912.

YAWGER, *Paranoid type of insanity with Jacksonian convulsions : syphilitic cerebral pachymeningitis; the microscopic findings*. University of Pennsylvania Department of Neurology and Neuropathology, vol. VI, Philadelphia, 1911-1912.

YAWGER, *The Gross and histologic findings in Dementia paretica*. University of Pennsylvania Department of Neurology and Neuropathology, vol. VI, Philadelphia, 1911-1912.

ZALLA (Mario), *la Névrite ascendante*. Typ. Galileana, Florence, 1913.

ZALLA (Mario), *Contributo allo studio dei nervi periferici nella paralisi progressiva, nella pellagre e nelle demenze senili*. Typ. Galileiana, Florence, 1913.

ZIMMERN, COTTENOT et DARIAUX, *la Radiothérapie radiculaire dans le traitement des névralgies*. Presse médicale, 25 juin 1913.

ZIVERI (Alberto), *Nuovo contributo per malattia di Alzheimer*. Rassegna di studi psichiatrici. Sienne, mai-juin 1913.

ZIVERI (Alberto), *Sidi un caso di demenza presbiterica*. Rivista di Patologia nervosa e mentale, an XVII, fasc. 5, 1913.

ZIVERI (Alberto) (de Macerata), *Contributo clinico per alcune psicosi paranoide secondo le ultimi concetti di Kraepelin*. Rivista di Patologia nervosa e mentale, 1913, n° 8.

Le gérant : P. BOUCHEZ.

TABLES

I. — MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages.
Scélrose intra-cérébrale centro-lobaire et symétrique. Syndrome paraplégique. par PIERRE MARIE et CHARLES FOIX.....	1
La « psychiatrie » est-elle une langue bien faite, par PH. CHASLIN.....	16
Sur les mouvements conjugués, par J. BABINSKI et J. JARKOWSKI.....	73
Polynévrites scorbutiques, par A. AUSTREGESILLO.....	76
La réaction de Moritz Weiss dans les maladies mentales, par V. DEMOLE.....	85
Compression de la moelle par tumeur extra-dure-mérienne : paraplégie intermittente. Opération extractive, par J. BABINSKI, E. ENRIQUEZ et J. JUMENTIS.....	169
Les méthodes rapides pour la coloration des fibres à myéline. Coloration simultanée des lipoides cellulaires, par ALBERTO ZIVERI (Manicome de Macerata).....	173
Cavités médullaires et méningites cervicales (étude expérimentale), par JEAN CAMUS et GUSTAVE ROUSSEY.....	213
Scélrose en plaques (?) avec hémip légie alterne, par B. CONOS (de Constantinople). L'emploi des injections de sérum salvarsanisé <i>in vitro</i> et <i>in vivo</i> sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et la paralysie générale. par G. MARINESCO et J. MINEA.....	226
Le phénomène de l'avant-bras (de Lévi), par TEIXEIRA-MENDES.....	337
Basedowisme ou névrose vaso-motrice (troubles vaso-moteurs avec cœur instable et facilement excitable, dyspepsie nerveuse, tremblement, troubles psychiques), par L. ALQUIER.....	348
Études sur les réflexes : I. Le rapport entre l'intensité des réflexes tendineux et la circulation sanguine artérielle. — II. Le réflexe contralatéral des adducteurs produit chez les personnes normales par l'anémie d'un membre inférieur. — III. Le mouvement de défense inconscient contralatéral provoqué expérimentalement, par NOICA (de Bucarest).....	393
Syndrome méningé au cours d'une hémorragie cérébrale. par L. LÉVY et GONNOT. Sur une nouvelle méthode pour produire des lésions expérimentales des centres nerveux, par A. BEATOLANI.....	402
Localisation de l'excitation dans la méthode dite « monopolaire » chez l'homme, pôles réels et pôles virtuels dans deux organes différents, par G. BOURGIGNON..	503
Sur l'anesthésie hystérique à type longitudinal, note, par G. CALLIGARIS.....	509
Zona cervical et paralysie faciale, par A. SOUQUES.....	533
Quelle est l'innervation radriculaire des muscles abdominaux? par GOTTHARDT SODERBERGH (de Karlstad, Suède).....	538
	625
	629

	Pages.
Paralysie radiale et syphilis, par A. BAUDOUIN et E. MARCORELLES.....	669
Le réflexe de préhension dans les affections organiques de l'encéphale, par A. JANICHEWSKY.....	678
Syndrome de Brown-Séquard (plaie de la moelle cervicale par balle), par E. DUPRÉ, HEUYER et BERGERET.....	741
Myoclonie et épilepsie (syndrome de Unverricht), par A. AUSTREGESILLO et O. AYRES.	746
Paraplégie crurale par néoplasme extra-dure-mérien. Opération. Guérison, par J. BABINSKI, P. LECÈNE et J. JARKOWSKI.....	801
Sur certains troubles psychiques observés dans l'aphasie, par SERGE DAVIDENKOFF.	806

ACTUALITÉS NEURO-PSYCHIATRIQUES

Les attaques épileptoides des dégénérés, par G. HALBERSTADT.....	475
--	-----

II. — SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 8 janvier 1914

PRÉSIDENCE DE M^{me} DEJERINE, PRÉSIDENT

	Pages.
<i>Allocution de Mme Dejerine, président.</i>	127
Dissociation cutané-musculaire de la sensibilité et syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs, par A. SOUQUES.....	128
Syndrome cérébelleux résiduel chez un enfant opéré d'un abcès du cervelet. Prédominance des symptômes au membre supérieur du même côté. Déviation en dehors dans l'épreuve de l'index. Dysmétrie. Hyposthénie et anisosthénie des antagonistes, par ANDRÉ-THOMAS.....	134
Mal perforant consécutif à une gelure, par CH. ACHARD et A. LEBLANC.....	138
Paralysie infantile à forme paraplégique. Atrophie du bassin, par CH. ACHARD et A. LEBLANC.....	140
Troubles de la sensibilité profonde et de la discrimination tactile avec astéréognosie, localisés à un membre supérieur, chez un malade atteint de tumeur cérébrale, par HENRI CLAUDE, SCHAEFFER et ROUILLARD.....	143
Hémianesthésie cérébrale infantile. Hémiplegie motrice légère localisée au membre supérieur, dans les muscles interosseux et les muscles du pouce. Dysmétrie. Asynergie. Syncinésie. Athétose du muscle peucier et des doigts, par ANDRÉ-THOMAS.....	148
Monoplegie brachiale dissociée et astéréognosie consécutives à un enfoncement du crâne, par A. PÉLISSIER et H. REGNARD.....	151
Arrêt de développement du membre supérieur gauche consécutif à une hémiplegie cérébrale infantile. Épilepsie Bravais-jacksonienne. Astéréognosie, par A. PÉLISSIER et KREDS.....	153
Ferments d'Abderhalden dans la maladie de Basedow, par ANDRÉ LÉRI et FOLEY..	155

Séance du 29 janvier.

Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. Apraxie. Mort par ponction lombaire, par LAIGNEL-LAYASTINE et LÉVY-VALENSI.....	260
Dégénérescence secondaire dans un cas de lésion unilatérale de la moelle cervicale, par LONG.....	261
Le corps thyroïde dans la maladie de Basedow, par MM. GUSTAVE ROUSSY et JEAN CLUNET.....	262
Compression de la moelle par tumeur extra-dure-mérienne. Valeur localisatrice des réflexes cutanés de défense, par BADINSKI et A. BARRÉ.....	262
Compression de la moelle par tumeur. Valeur localisatrice des réflexes cutanés de défense. Remarques cliniques et anatomo-pathologiques, par A. BARRÉ, DESMARETS et F. JOLTRAIN.....	269

	Pages.
Un cas de syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs suivi d'autopsie, par J. DEJERINE et J. JUMENTIÉ.....	271
Un cas d'hémianopsie avec réaction pupillaire hémianopique, suivi d'autopsie, par J. DEJERINE et J. JUMENTIÉ.....	273
Phénomènes dits apraxiques, avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche, par PIERRE MARIE et FOIX.....	275

Séance du 12 février.

Un nouveau cas de paralysie radiale, à type de paralysie saturnine chez un syphilitique, par E. DE MASSARY, BOUDON et PHILIPPE CHATELIN.....	278
Méningite syphilitique avec paralysie labio-glosso-laryngée complète mais transitoire d'origine pseudo-bulbaire, par E. DE MASSARY et PHILIPPE CHATELIN.....	281
Discussion sur la valeur sémiologique des douleurs à type radiculaire pour le diagnostic des tumeurs intra et extra-médullaires; remarques à propos d'un cas de tubercule de la moelle, par J. JUMENTIÉ et V. ACKERMANN.....	284
Syndrome de Brown-Séquard incomplet par lésion traumatique unilatérale de la moelle. Prédominance des phénomènes d'hyperesthésie, par HENRI CLAUDE et J. ROUILLARD.....	288
Trophonévrose du membre inférieur gauche, par J. DEJERINE et A. PÉLISSIER.....	292
Mouvements choréo-athétosiques ayant débuté par un torticollis convulsif et accompagnés de trouble de la parole, par CH. CHATELIN et HENRI MEIGE.....	295
Sur une affection mutilante des membres inférieurs, par GEORGES GUILLAIN et JEAN DUBOIS.....	298
Un cas de syringomyélie unilatérale avec troubles de la sensibilité à topographie spéciale dans le domaine du trijumeau, par L. CERISE et J. BOLLACK.....	300
Micropsie au cours d'une paralysie unilatérale de l'accommodation, par DEJERINE et SALÈS.....	304
Monoplégie pure du membre supérieur, motrice et sensitive, dissociée. Distribution pseudo-radiculaire des troubles de la sensibilité, par ANDRÉ-THOMAS et Mme LONG-LANDRY.....	307
Dysphasie singultueuse avec réactions motrices tétaniformes et gestes stéréotypés, par HENRI MEIGE.....	310
Double ponction sus- et sous-lésionnelle dans un cas de compression médullaire: xanthochromie, coagulation massive dans le liquide inférieur seulement, par PIERRE MARIE, FOIX et BOUTTIER.....	315
Syndrome cérébello-spasmodique post-typhique, par PIERRE MARIE, FOIX et BOUTTIER.....	317
Un cas de sciatique radiculaire dissociée, par A. PÉLISSIER et KREBS.....	320
Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine traumatique et datant de l'enfance, avec syndrome sympathique, hémiatrophie faciale et troubles sensitifs étendus, par J. DEJERINE et E. KREBS.....	321
Un cas de syndrome thalamique, par SALÈS et Mlle de CÉLIGNY.....	324
Trépanation dans un cas d'épithélioma du cuir chevelu ayant envahi le crâne et la dure-mère, par T. DE MARTEL.....	325
Dissociation « cutanéomusculaire » de la sensibilité dans le tabes, par A. SOUQUES.....	325
Processus extra- ou intra-médullaire: topographie des troubles amyotrophiques de la zone réflexogène du phénomène des raccourcisseurs, par PIERRE MARIE et FOIX.....	327
A propos du projet de réforme de la loi de 1838 concernant les aliénés.....	331

Séance du 5 mars.

Craniectomie décompressive dans un cas de syndrome d'hypertension avec hémianopsie, par VELTER et DE MARTEL.....	448
Tumeur cérébrale ou plexo-choroïdite chronique. Durée évolutive des tumeurs cérébrales, par J.-A. SICARD.....	451
Palilalie chez une pseudo-bulbaire, par E. DUPRÉ et LE SAVOUREUX.....	453

	Pages.
Sclérose combinée subaiguë d'origine anémique, par O. CROUZON et CHARLES CHATELIN.....	456
Un cas de trophédème du membre inférieur droit, par CH. CHATELIN et ZUBER.....	459
Quelques recherches sur la rééducation des hémiplegiques, par J. JARKOWSKI.....	462
Un cas de tabes périphérique, par J. DEJERINE et J. JUMENTIÉ.....	464
Hémisynrome bulbaire inférieur direct, par ANDRÉ-THOMAS.....	468
Contribution à l'étude des localisations cérébelleuses chez l'homme. A propos d'un cas d'abcès du cervelet suivi d'autopsie, par ANDRÉ-THOMAS.....	476
Diabète insipide chez un syphilitique, amélioré après traitement spécifique, par LAIGNEL-LAVASTINE.....	481
Syndrome de Jackson par ramollissement bulbaire, par LAIGNEL-LAVASTINE.....	486
Compression de la moelle par tumeur extra-dure-mérienne chez une enfant de 13 ans. Opération. Guérison, par PIERRE MARIE, DE MARTEL et CHATELIN.....	489
Poliomyélite aiguë de l'enfance à topographie radiculaire (type scapulo-huméral unilatéral), par REGNARD et MOUZON.....	494
Inhibition réflexe du clonus de la rotule et diagnostic topographique des compressions médullaires, par PIERRE MARIE et FOIX.....	496
Aphasie motrice (aphasie par amnésie verbale) et paralysie du bras droit. Ramollissement du pied de la troisième circonvolution frontale gauche, par HENRI DUFOUR.....	497
Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine obstétricale, par BONNAIRE, LÉVY-VALENSI et VIGNES.....	499
Allocution de M. PURVES STEWART (de Londres).....	501

Séance du 2 avril.

Sur la contraction idio-musculaire dans la polynévrite, par HENRI DUFOUR.....	583
Impossibilité transitoire d'exprimer la pensée par la parole et l'écriture. Lésion tuberculeuse localisée sur le pied de la frontale ascendante effleurant le pied de la III ^e frontale gauche. Aphasie par amnésie verbale, par HENRI DUFOUR et LEGRAS.....	584
Localisation de l'excitation dans la méthode dite monopolaire chez l'homme. Pôles réels et pôles virtuels dans deux organes différents, par G. BOURGUIGNON.....	587
Syndrome d'hypertension intra-cranienne, trépanation décompressive et guérison complète depuis cinq ans. Pseudo-tumeur cérébrale, par A. SOUQUES.....	587
Lymphodème chronique segmentaire, par J.-A. SICARD et HAGUENAU.....	588
Dosage de l'albumine rachidienne, après ponction étagée vertébrale, au cours des processus méningés chroniques, par J.-A. SICARD et HAGUENAU.....	590
Quadriplégie et diplégie faciale d'origine polynévritique avec anasarque considérable des membres inférieurs de cause inconnue, par CROUZON, CHATELIN et M ^{me} ATHANASSIOU-BENISTI.....	592
Chorée chronique intermittente à début infantile, par DUPRÉ et HEUER.....	595
Sclérose en plaques ou pseudo-sclérose en plaques? Affection organique ou affection psycho-névropathique? par O. CROUZON, C. CHATELIN et M ^{me} ATHANASSIOU-BENISTI.....	604
Un cas de paralysie verticale du regard, par J. DEJERINE et A. PELISSIER.....	607
Poliomyélite aiguë de l'adolescence à topographie radiculaire, par REGNARD et MOUZON.....	611
Radiculite syphilitique avec amyotrophie intense portant sur le territoire de C ⁶ et C ⁷ , par MOUZON et REGNARD.....	612
Le signe de Babinski provoqué par l'excitation des téguments de tout le côté hémiplegié dans un cas d'hémiplegie infantile, par GEORGES GUILLAIN et JEAN DUBOIS.....	614
Sur la séro-réaction d'Abderhalden avec le corps thyroïde dans les psychoses affectives, par C.-J. PARNON et M ^{lle} MARIE PARNON (de Jassy).....	616
Sur la séro-réaction d'Abderhalden avec la glande thyroïde dans la maladie de Parkinson, par C.-J. PARNON et M ^{lle} MARIE PARNON.....	618

	Pages.
<i>Séance du 7 mai.</i>	
Hydrocéphalie acquise par méningite ourlienne, par J.-A. SICARD.....	706
Les sections nerveuses chez les cénestalgiques, par J. A. SICARD et HAGUENAU....	707
Hypertrophie musculaire et osseuse d'un membre inférieur avec croissance exagérée, par ANDRÉ-THOMAS et H. CHAUFOUR.....	710
Sur un cas d'athétose double avec signe de Babinski provoqué par l'excitation de la surface cutanée de tout le corps, par GEORGES GUILLAIN et JEAN DUBOIS.....	714
Paralysie radiale et syphilis, par A. BAUDOUIN et MARCORELLES.....	716
Amnésie fonctionnelle rétro-antérograde post-émotive chez une prétentieuse imaginative, par LAIGNEL-LAVASTINE et J. DU CASTEL.....	717
Zona et paralysie radiculaire du membre supérieur, par SOUQUES, BAINDEVIN et LANTUEJOL.....	721
Syndrome de Brown-Séquard (plaie de la moelle cervicale par balle), par DUPRÉ, HEUYER et BERGERET.....	721
Raideur musculaire avec hémitemblement et dysarthrie (syndrome lenticulaire?), par A. PÉLISSIER et P. BOREL.....	722
Un cas de macrogénitosomie précoce, par ANDRÉ COLLIN et G. HEUYER.....	729
Un cas de migraine ophtalmoplégique (paralysie oculaire périodique), par O. CROUZON et CH. CHATELIN.....	734
Zona cervical et paralysie faciale, par A. SOUQUES.....	736

Séance du 28 mai.

Un cas de paralysie pseudo-bulbaire suivi d'autopsie, par DEJERINE et A. PÉLISSIER.....	774
Tubercules multiples du cervelet, par J. JUMENTIÉ.....	776
Atrophie et sclérose du corps thyroïde dans un cas de rhumatisme chronique déformant, par GUSTAVE ROUSSY et LUCIEN CORNIL.....	779
Un cas de tumeur de l'hypophyse avec métastases osseuse et ganglionnaire. Absence d'acromégalie, par GUSTAVE ROUSSY, P. MASSON et RAPIN.....	783
Hématomyélie avec laminectomie simple, par J. BABINSKI et BARRÉ.....	784
Myasthénie, altération à type Paget des os du crâne. Lésions de certaines glandes à sécrétion interne, par J. BABINSKI et A. BARRÉ.....	786
Un cas de radiculite expérimentale, par J. TINEL.....	787
Une méthode de coloration élective de la myéline; modification de la méthode d'Azoulay, par J. TINEL.....	788
Tumeur épithéliale primitive de la face orbitaire du lobe frontal avec hémianopsie névrite optique homologues, par LAIGNEL-LAVASTINE.....	789
Hyperplasie compensatrice expérimentale du corps thyroïde chez le chien et le singe, par G. ROUSSY et J. CLUNET.....	792
Abcès cérébral à évolution très lente, apyrétique; épilepsie jacksonienne et aphasie tardives, ayant disparu après craniectomie, mort par hypertension intracranienne, par HENRI CLAUDE, P. TOUCHARD et J. ROUILLARD.....	795
Lésions médullaires dans quatre cas d'héréditaire ataxie cérébelleuse, par P. MARIE et FOIX.....	797

Séance du 11 juin.

Sur un cas de syringomyélie, par HENRI FRANÇAIS.....	831
Migraine ophtalmoplégique et liquide céphalo-rachidien, par SICARD et CAMBES-SÈDES.....	835
Double monoplégie dissociée d'origine corticale, par REGNARD, MOUZON et LAFAILLE.....	838
Syndrome particulier de la calotte pédonculaire (troubles cérébelleux et agnosie), par HENRI CLAUDE et QUERCY.....	840
Paraplégie crurale par néoplasme extra-dure-mérien. Opération. Guérison, par J. BABINSKI, P. LECÈNE et J. JARKOWSKI.....	844

Pages.

Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie (anosognosie), par J. BABINSKI.....	843
Dissociation des sensibilités profondes : conservation du sens des attitudes segmentaires, de la sensibilité à la pression et du sens de discrimination profonde avec perte de la sensibilité osseuse chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle. Conservation de la perception stéréognostique, par J. JUMENTIE et A. CEILLIER.....	848
Sur trois cas de syringomyélie avec prognathisme d'origine atrophique, par PIERRE MARIE et CH. FOIX.....	852
Pseudo-tabes et filarose sanguine, par J. BABINSKI et CL. GAUTIER.....	856
Un cas d'atrophie musculaire intense des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire par ostéosarcome probable des dernières vertèbres cervicales, par PIERRE MARIE et CH. CHATELIN.....	857
Virilisme épiphysaire, par SICARD et HAGUENAU.....	858
Paralyse radiale à type de paralysie saturnine chez un sujet atteint antérieurement de poliomyélite aiguë, par A. PÉLISSIER et P. BOREL.....	861
Conservation de la sensibilité osseuse avec perte de tous les autres modes de la sensibilité dans un cas de compression médullaire, par A. PÉLISSIER et P. BOREL.....	864
Signe d'Argyll unilatéral; traumatisme de l'orbite; pas de syphilis décelable, par CL. VINCENT.....	866
État comparé des réactions électriques des troncs nerveux dans l'atrophie musculaire Charcot-Marie et dans la névrite interstitielle hypertrophique, par A. SOUQUES et DUHEM.....	866
Tabes et zona, par A. SOUQUES, BAUDOUIN et LANTUEJOL.....	868
Tubercules cérébraux multiples, par O. CROUZON et LÉCHELLE.....	872
Essais sur les cuti-réactions glandulaires, par C.-J. PARRON et EM. SATINI (de Jassy).....	875
Sur une réaction nouvelle du liquide céphalo-rachidien, par PIERRE BOVERI (de Milan).....	877
Aphasie de Wernicke et apraxie idéatoire avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche, par MAGALHAES LENOS (de Porto).....	878

III. — SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Séance du 18 décembre 1913.

PRÉSIDENCE DE M. CHARLES VALLON

	Pages.
Variations de pression du liquide céphalo-rachidien dans leurs rapports avec les émotions, par G. DUMAS et LAIGNEL-LAVASTINE.....	163
Un déséquilibré simulateur, par Ch. VALLON.....	163
Étude anatomo-clinique d'une démente précoce syphilitique, par LAIGNEL-LAVASTINE et A. BARBÉ.....	163
Un cas d'hallucinoses (hallucinations visuelles et auditives sans idées délirantes), par ROGER DUPOUY.....	164
État hallucinatoire avec exagérations périodiques symptomatiques d'une hypertension intracrânienne, par HENRI CLAUDE.....	164
Un cerveau d'idiot épileptique microcéphale, par JACQUIN et L. MARCHAND.....	165
Stéréotypies : inertie systématique; perte des notions de temps consécutive à une crise d'alcoolisme aigu, par HENRI VALLON.....	166
Troubles mentaux développés à l'occasion de la grossesse, par ANDRÉ BOUTET.....	166
Psychoses hallucinatoires et imaginatives à longue évolution sans réaction notable, par COLLIN, TENNIEN et VINCHON.....	166
Histoire clinique d'une méningite suppurée, par DEVAUX et BARAT.....	166
Paralysie générale juvénile avec autopsie, par LAIGNEL-LAVASTINE et JACQUIN.....	167

Séance du 15 janvier 1914.

Examen du fond mental dans les démences, par GILBERT BALLET et GENIL-PERRIN.....	388
Pseudo-surdité verbale pure chez un halluciné de l'ouïe, par ANDRÉ CEILLIER et THÉOPHILE ALAJOUANINE.....	388
Troubles mentaux chez une femme au cinquième mois de la grossesse, par ANDRÉ BOUTET.....	389

Séance du 19 février.

Démence épileptique à forme de paralysie générale et paralysie générale chez un épileptique, par MAILLARD et ALAJOUANINE.....	503
Paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psycho-motrices verbales obsédantes avec tendance au suicide, par BOREL et CEILLIER.....	503

Séance du 19 mars.

	Pages.
Hypotonie et hystérie infantile, par ANDRÉ COLLIN.....	738
Interprétations et réactions de défense, par CHARLES BLONDEL et ANDRÉ FÉLISSIER.....	738
Tabes, alcoolisme chronique, délire de persécution, par H. WALLON et LANGLE.....	739
Psychoses du choléra. par OBREGIA et PITULESCO.....	739

Séance du 14 mai.

Un vœu pour le fonctionnement des tribunaux d'enfants, par ANDRÉ COLLIN et G. ALEXANDRE.....	884
Délire aigu, mort par pneumonie. Encéphalopathie neuro-épithéliale, par LAIGNEL-LAVASTINE et FÉLIX ROSE.....	884

IV. — TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES ANALYSÉES

A

- Abcès.** V. *Cerveau, Cervelet, Foie, Intraduraux.*
- Abderhalden** (Ferments d'— dans la maladie de Basedow) (LÉRI et FOLEY), 155 (1).
- (Activité des ferments dans le sérum des aliénés; la méthode séro-diagnostique d'—) (PESKER), 255.
- (Méthode d'— et son application dans la psychiatrie) (PESKER), 256.
- (Connaissance de la signification de la réaction d'— dans la psychiatrie) (PÉOBRJENSKY), 435.
- (Séro-réaction d'— avec le corps thyroïde dans les psychoses affectives) (PARNON et MILLE PARNON), 616.
- — dans le syndrome de Parkinson (PARNON et MILLE PARNON), 618.
- Abdominale** (Affection) (Syndrome méningé fruste d'origine syphilitique ayant simulé une —) (JOLTRAIN), 423.
- Abdominaux** (Douleurs), pathogénie (LECLERCQ et LEROY), 234.
- Abdominaux** (MUSCLES) (Innervation radiculaire) (SÖDERBERGH), 628-634.
- Accés.** V. *Confusionnels.*
- Accidents.** V. *Neuro-méningés.*
- Accommodation** (Micropsie au cours d'une paralysie unilatérale de l'—) (DEJERINE et SALÈS), 304.
- Accouchement** (Troubles mentaux pendant l'—) (KIRCHBERG), 440.
- Acétonémiques** (Vomissements — et encéphalite aiguë) (BABONNEIX et BLECHMANN), 239.
- Achondroplasie** (Interprétation des variétés morphologiques basée sur l'ontogénèse) (BENTOLOTTI), 248.
- *atypique* de l'adulte chez un indigène tunisien (POINSON), 250.
- Acoustique** (NÉVROME) (ABRAHAMSON), 757.
- Acromégalie** (Association de l'— au myxœdème) (MILLIONI), 372.
- (Tumeur de l'hypophyse avec métastases osseuse et ganglionnaire. Absence d'—) (ROUSSY, MASSON et RAPIN), 763.
- (1) Les indications en chiffres gras se rapportent aux *Mémoires originaux*, aux *Actualités* et aux *Communications* à la Société de Neurologie.
- Actions polaires** (Différences apparentes d'— et localisation de l'excitation de fermeture dans la maladie de Thomsen) (BOURGUIGNON et LAUGIER), 93.
- Activité nerveuse supérieure** (PAWLOW), 637.
- *neuro-psychique*, manifestations principales (BECHTEREW), 408.
- Addison** (Paralysie générale et maladie d'—) (ASCHANINE), 651.
- Addisonien** (Syphilis cérébrale chez un —) (BRAILLON), 32.
- Adipose douloureuse** (BABONNEIX et SPANOWSKY), 373.
- — (IVANOFF), 766.
- Adiposo-génital** (Obésité infantile du type —) (MOURIGUANO), 251.
- Affections.** V. *Abdominales. Cardiaques, Gynécologiques, Mutilante, Nerveuses.*
- Affectives** (EXCITATIONS) (Hyperréponse aux — dans le cas de lésions corticales) (ROBINSON), 355.
- (PSYCHOSES) (Séro-réaction d'Abderhalden avec le corps thyroïde dans les —) (PARNON et MILLE PARNON), 616.
- Agnosie** et troubles cérébelleux (CLAUDE et QUERCY), 540.
- Agrammatiques** (TROUBLES) (Etude sur les fondements psychologiques de la question de l'aphasie) (PICK), 186.
- Air chaud** (Mal perforant plantaire et —) (ROZIÈS), 431.
- Albumine rachidienne**, dosage après ponction étagée vertébrale au cours des processus méningés chroniques (SICARD et HAGUENAU), 590.
- Albumino-cytologique** (DISSOCIATION) et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de compression de la moelle (RAVEN), 29.
- — Dissociation par hyperalbuminose. Dissociation par hypercétose (DERRIEN, EUZIERE et ROGER), 30.
- Alcool** (Teneur en — du liquide céphalo-rachidien chez les alcooliques et les déliants) (SCHUMM et FLEISCHMANN), 28.
- (Glandes à sécrétion interne dans l'empoisonnement expérimental par l'—) (GARBINI), 365.
- et alcoolisme au point de vue biochimique (NICLOUX), 425.
- Alcoolique** (Bilan — d'un canton de la Manche) (MÉNARD), 425.
- (Délires de persécution d'origine —) (ROBILLOT), 578.

- Alcooliques** (Teneur en alcool du liquide céphalo-rachidien chez les — et les délirants) (SCHUMM et FLEICHMANN), 28.
 —, traitement par l'hypnose (WEDENSKY), 695.
 — (Mort subite chez les ci-devant —) (MIRKHALOFF), 695.
 — (PSYCHOSIS) (Parallélisme entre les — et les psychoses séniles) (SCHTIDA), 579.
Alcoolisation expérimentale (Lésions des nerfs par — chez le lapin) (BÉRIEL et DEVIC), 355.
Alcoolisme (Hypomoralité, —. Association avec une délirante revendicatrice) (CLÉRAMBAULT), 70.
 — (Etude psychologique dans un cas d'—) (BIRSTEIN), 377.
 — (Alcool et — au point de vue biochimique) (NICLOUX), 425.
 — avec dégénération systématique des voies commissurales du cerveau (CESARI-DUMEL), 751.
 — aigu (Stéréotypies; inertie systématique, perte des notions de temps consécutives à une crise d'—) (VALLON), 166.
 — chronique, tabes et paralysie générale, diagnostic différentiel (PRLUGER), 648.
 —, tabes et délire de persécution (WALLON et LANGLE), 739.
Aliénation mentale (Immigration et prophylaxie de l'—) (SALMON), 381.
 — et criminalité Statistique médico-légale des infractions aux lois ayant déterminé l'internement d'aliénés dans le département de la Seine (CHARPENTIER), 533.
 — — et divorce (LE POITTEVIN), 539.
 — — et saturnisme (MARIE), 444.
 — —, conception (MERCIER), 700.
Aliénées (Cancer métastatique et ostéoplasique secondaire à un cancer du sein chez une —) (ARSIMOLES et LEGRAND), 115.
 — (Opération de la cataracte suivie d'automutilation chez une —) (RODIET et DALMAS), 380.
Aliénés (Parathyroïdes chez les —) (LAIGNEL-LAVASTINE et DUHEM), 45.
 — (Activité des ferments dans le sérum des —, la méthode séro-diagnostique d'Abderhalden) (PESKER), 255.
 — (A propos du projet de réforme de la loi de 1838 concernant les —), 331.
 — (Projet de révision de la loi de 1838 sur les —) (BALLET), 530.
 — (Utilisation des — pour l'accomplissement des délits) (BRIAND), 769.
 — (Emploi des bains prolongés chez les —) (RIEDER), 581.
 — gémisseurs (SÉGLAS et DUBOIS), 436.
 — nègres (Réaction de Wassermann chez les — de l'Alabama) (IVEY), 656.
 — V. *Alitement, Asiles*.
Alitement dans le service central d'admission des aliénés de la ville de Paris (MAGNAN), 579.
Allocation de Mme Dejerine, président, 127.
 — de M. Purves Stewart, 501.
Alopécie circonscrite du cuir chevelu consécutive à un shock nerveux (FOUQUET), 411.
Alzheimer (MALADIE D'). V. *Presbyophrénie*.
Amaurose (Persistance du réflexe photomoteur dans un cas d'— par lésions rétiniennes et optiques dues à une intoxication quinique) (MAGITOR), 100.
 —, tabes et troubles mentaux (BRIAND et VINCHON), 242.
Ambiteuse (BOUFFÉE) à l'occasion de faits exacts chez un dégénéré (BRIAND et FILLASSIER), 436.
Amblyopie nicotinique (Médication de l'— par la lécithine) (DE WAELE), 99.
Amentia hallucinatoire (Encéphalite aiguë avec —) (LUCANGELLI), 238.
Amibiase encéphalique (LEGRAND), 357.
Amibien (Abscs — du cerveau opéré après plusieurs rechutes de dysenterie et deux abcès du foie) (LEGRAND), 754.
Amnésie fonctionnelle rétro-antérograde post-émotive chez une prétentieuse imaginative (LAIGNEL-LAVASTINE et DU CASTEL), 717.
 — verbale (Impossibilité transitoire d'exprimer la pensée par la parole et l'écriture. Lésion tuberculeuse localisée sur le pied de la frontale ascendante, effleurant le pied de la III^e circonvolution frontale gauche. Aphasie par —) (DUFOUR et LEGRAS), 584.
Amour de la mort chez les Habsbourg (LAIGNEL-LAVASTINE et MERSEY), 119.
Amyotonie congénitale (BELING), 53.
 — (COTTERILL), 53.
 — (GORDON), 765.
Amyotrophie (Radiculite syphilitique avec — intense portant sur le territoire de C⁸-C⁷) (MOUZON et REGNARD), 612.
 — syphilitique progressive à marche rapide (GONNET), 206.
Amyotrophiques (Processus extra ou intra-médullaire; topographie des troubles — et de la zone réflexogène du phénomène des raccourcisseurs) (MARIE et FOIX), 327.
Anasarque (Quadruplégie et diplégie faciale d'origine polynévritique avec — des membres inférieurs de cause incondue) (CROUZON, CHATELIN et ATHANASSI-BENISTI), 592.
Anastomose intra-dure-mérienne. V. *Racines (Chirurgie)*.
Anatomie des centres nerveux à l'usage des médecins et des étudiants (MINGAZINI), 24.
 — du système nerveux central de l'homme (STERZI), 541.
Anatomo-pathologiques (TECHNIQUES) du système nerveux (ROUSSY et LHERMITTE), 350.
Ancien temps (Foi et superstition dans l'—) (GADELUS), 376.
Anémie, lésions du système nerveux (KAUFFMANN), 563.
 —, sclérose combinée subaiguë (CROUZON et CHATELIN), 456.
 — pernicieuse, symptômes nerveux (RIGGS), 427.
Anencéphalie, survie de trois ans (EININGER et FISCHER), 636.

- Anesthésie générale** (Blocage des nerfs substitué à l'— pour les opérations chirurgicales) (HARRIS), 764.
 — *hystérique* à type longitudinal (CALLIGARIS), 558-560.
 — *spinale* en gynécologie, en obstétrique et en chirurgie abdominale (BARCOCK), 387.
 — — et *locale* en gynécologie et en obstétrique (GELLHORN), 387.
Anévrismale (Anomalie de l'artère vertébrale avec dilatation — comprimant la moelle et le bulbe) (SILVAN), 568.
Anévrismes de l'artère sous-clavière, syndromes nerveux (MAGAUD), 44.
 — *de l'artère vertébrale* et néphrite interstitielle chez une jeune femme (BABONNEIX), 33.
Angio-carcinome. V. Cerveau (Tumeurs).
Angiome vasculaire. V. Méninges.
Angiomes multiples (Nœvi avec hémihypertrophie du côté droit et — du côté gauche) (ALLAIRE), 252.
Angoisse (Sentiment d'—) (SCHOUKOFF), 529.
Animaux marins (Processus oxydatifs chez les — par rapport à la température) (MONTUORI), 232.
Anisosthénie des antagonistes (Syndrome cérébelleux résiduel chez un enfant opéré d'un abcès du cervelet. Prédominance des symptômes au membre supérieur droit. Déviation en dehors dans l'épreuve de l'index. Dymétrie, hyposthénie et —) (ANDRÉ-THOMAS), 134.
Anomalie mentale (Clairs-obscur de l'—) (VANEY), 419.
Anorexie mentale. Ses rapports avec la psychophysiologie de la faim (NOGUES), 562.
Anormalité psychique et responsabilité relative (CHARON et COURBON), 533.
Anormaux et arriérés (BAUMEL), 547.
 — *passifs* (Insuffisance glandulaire et — dans l'armée) (COT et DUPIN), 548.
 — *profonds* (MAELIX), 546.
Anosognosie (Troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale. —) (BABINSKI), 845.
Anurie avec élimination supplémentaire de l'urée chez une hystérique (GUISY), 766.
Anxiété périodique, énerverment et névroses de l'estomac (BENON), 417.
Anxieux (Auto-émasculation dans un raptus —. Rôle de la suggestion) (DUPRÉ et MARMIER), 389.
Aorte (Evolution des lésions artériosclérotiques dans la tunique interne de l'— et dans la tunique moyenne des artères cérébrales) (ANTONA), 567.
Aortite chez les paralytiques généraux. Note anatomo-pathologique (VIDONI), 649.
Aphasie (Troubles agrammaticaux du langage. Etudes sur les fondements psychologiques de la question de l'—) (PICK), 486.
 — dans la fièvre typhoïde infantile (BRELLET), 410.
Aphasie, conception psychologique et clinique (BERNHEIM), 682.
 — (Abcès cérébral à évolution très lente et apyrétique, épilepsie jacksonienne et —, ayant disparu après craniectomie, mort par hypertension intra-cranienne) (CLAUDE, TOUCHARD et ROUILLARD), 795.
 — (Troubles psychiques observés dans l'—) (DAVIDENKOPF), 806-810.
 — *de Broca* (Restauration du langage dans l'—) (DEJEMINE et ANDRÉ-THOMAS), 686.
 — *de Wernicke* et apraxie idéatoire avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche (LEMONS), 878.
 — *motrice* et surdité post-paroxysytique chez un épileptique (PERUGIA), 409.
 — — et paralysie du bras droit. Ramollissement de la III^e circonvolution frontale gauche (DUFOUR), 497.
 — *par amnésie verbale* (Impossibilité transitoire d'exprimer la pensée par la parole et l'écriture. Lésion tuberculeuse localisée sur le pied de la frontale ascendante, effleurant le pied de la III^e circonvolution frontale gauche) (DUFOUR et LEGRAS), 554.
Aphasies, traitement (FRÖSCHELS), 690.
Aphasique (Mécanisme de la dissociation psychique chez un dément —) (PATINI), 411.
 — (Langage articulé chez l'homme normal et chez l'—) (FROMENT et MONOD), 687.
Apoplectique (CHORÉE) (LEWANDOWSKY et STADELMANN), 416.
Apoplexie tardive traumatique opérée (MAGNUS), 415.
Appendicite claudicante ou coxopathie (ROCHARD et STERN), 355.
Apraxie (Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. —. Mort par ponction lombaire) (LAIGNEL-LAVASTINE et LEVY-VALENSI), 260.
 — et syndrome occipital (DIDRÉ et PEZET), 412.
 —, étude des troubles connexes (OBRATTSOFF), 414.
 — (Aphasie de Wernicke et —, avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche) (LEMONS), 878.
 — *motrice*, un cas (NOENTE), 413.
 — *passagère* consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone (BRIAND et SALOMON), 441.
Apraxiques (Phénomènes dits — avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche) (MARIE et FOIX), 275.
Arc réflexe (Variations de l'irritabilité de l'— dans l'asphyxie) (PONTEN), 513.
Argyll-Robertson unilatéral par traumatisme orbitaire (VELTER), 39.
 —, traumatisme de l'orbite, pas de syphilis (VINCENT), 866.
Armée (Expertise psychiatrique dans l'— : origines et dispositions de sa réglementation officielle) (SIMONIN), 534.
 — (Insuffisance glandulaire et anormaux passifs dans l'—) (COT et DUPIN), 548.
Arrêt de développement du membre supérieur gauche consécutif à une hémiplegie cérébrale infantile. Épilepsie Bravais-jacksonienne. Astéréognosie (PÉLISSIER et KREBS), 153.

- Arrêt de développement**, trois cas (WHIPHAM), 698.
- Arriération intellectuelle congénitale** transformée en paralysie générale (DAMAYE et MARANG), 651.
- **mentale** et infériorité constitutionnelle dans ses rapports avec l'éducation et le crime (THOMAS), 535.
- Arriérés** (Surveillance judiciaire des pensionnaires des établissements pour —) (SHADAHAN), 531.
- (Anormaux et —) (BAUMEL), 547.
- (Enfants —) (DUPUY), 547.
- , caractéristique anthropométrique (BOUNAK), 547.
- , taille et poids (GONDARD), 547.
- , Considérations pathologiques (DUPUY), 548.
- , traitement d'état (VINTON), 548.
- , gymnastique médicale comme prélude à l'éducation physique (CYRIAX), 704.
- Art** (Rapports de l'art et de la folie) (PARIANI), 379.
- Artères**. V. *Bulbaires, Cérébelleuse, Cérébrales, Sous-clavière, Sylvienne, Vertébrales*.
- Artériosclérose cérébrale**. V. *Cerveau (artério-sclérose)*.
- Artériosclérotiques** (LÉSIONS) dans la tunique interne de l'aorte et dans la tunique moyenne des artères cérébrales (ANTONA), 567.
- Asile de Hall** (Mort dans l'— et les causes de mort) (PLASSELLER), 380.
- *clinique de Sainte-Anne* (Alitement dans le service d'admission des aliénés de la ville de Paris et du département de la Seine. —) (MAGNAN), 579.
- Asiles d'aliénés** (Fonctions d'interné dans les —) (LUCK), 421.
- au dix-huitième siècle (WAHL), 421.
- (Question des vastes — d'État) (CLOUSTON), 581.
- (Hôpital d'État pour psychopathes à Boston) (CHANNING), 420.
- (Ateliers des hôpitaux et des —) (HALL), 700.
- Asphyxiques** (Variations de l'irritabilité de l'arc réflexe dans des conditions —, avec analyse des gaz du sang) (PORTER), 513.
- Association** (Formation du réflexe moteur d'— chez l'homme sur des excitations composées d'un son et d'un mot) (VASSILIEF), 638.
- (EXPERIENCES D') (Technique) (BORISSON), 824.
- des idées chez les jeunes épileptiques (HANK), 520.
- Astéréognosie** (Monoplégie brachiale et — consécutives à un enfouissement du crâne) (PÉLISSIER et REGNARD), 151.
- (Troubles de la sensibilité profonde et de la discrimination tactile avec —, localisés à un membre supérieur chez un malade atteint de tumeur cérébrale) (CLAUDE, SCHAEFFER et ROULLAND), 143.
- (Arrêt de développement du membre supérieur gauche consécutif à une hémiplegie cérébrale infantile. Epilepsie jacksonienne. —) (PÉLISSIER et KREBS), 153.
- Asthénie constitutionnelle** chez l'enfant (PAUL-BONCOUR), 545.
- *périodique* (Grippe et —) (BENON), 441.
- Asthénique** (Forme — de la paralysie générale) (BENON et CIER), 653.
- (CIER), 654.
- Asthénomanie** (Ictus, épilepsie jacksonienne et —) (BENON et BONVALLET), 116.
- Asynergie** (Hémiplégie motrice légère localisée au membre supérieur, dans les muscles interosaux et les muscles du pouce. Dymétrie. —, syncinésie. Athétose du muscle peucier et des doigts) (ANDRÉ-THOMAS), 148.
- Ataxie aiguë**, guérison rapide (RISPAI et PUJOL), 93.
- à guérison rapide, magma albumineux d'origine cytolitique obtenu par ponction lombaire (MERLE), 94.
- Ateliers des hôpitaux et des asiles** (HALL), 700.
- Athétose**, pathogénie (DOBROVOLSKY), 416.
- , association à l'épilepsie (SOUKHOFF), 416.
- du muscle peucier et des doigts (Hémiplégie motrice légère localisée au membre supérieur, dans les muscles interosaux et les muscles du pouce. Dymétrie. Asynergie. Syncinésie. —) (ANDRÉ-THOMAS), 148.
- double avec signe de Babinski provoqué par l'excitation de la surface cutanée de tout le corps (GUILLAIN et DUBOIS), 714.
- Atrophie**. V. *Bassin, Face, Optique*.
- musculaire, combinaison avec d'autres affections (KLENEBERGER), 52.
- des péroniers (TAYLOR), 52.
- *Charcot-Marie* (Névrite interstitielle hypertrophique avec —) (NAZARI et CHIARINI), 763.
- — (Réactions électriques des troncs nerveux dans l'—) (SOUCQUES et DUHEM), 866.
- abortive (MAC CONNELL), 51.
- grave (Cas de sclérodémie généralisée avec —) (COLLIER et WILSON), 110.
- hypertrophique combinée à la dégénération du système nerveux central (CAMP), 763.
- intense des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire par ostéosarcome des dernières vertèbres cervicales (MARIE et CHATELIN), 857.
- progressive, rapports avec la syphilis (CADWALADER et CORN-WHITE), 51.
- et dystrophie musculaire à la seconde génération (HERTZ et JOHNSON), 52.
- —, formes transitoires (AMOSOFF), 761.
- — (LAFORA), 765.
- — myopathique type *Leyden-Moebius*, à début tardif (CADE et GOVET), 206.
- rapide des mains et des bras (THOMSON), 52.
- spinale des enfants, type *Werdnig-Hoffmann* (PARSONS), 52.
- syphilitiques, Myélite syphilitique amyotrophique (LÉNI et LEROUGE), 103.
- — — (LEROUGE), 759.

Atrophie unilatérale du grand dentelé et myopathie progressive (GAILLARD), 53.

Atropine (Suppression constante par l'— du réflexe oculo-cardiaque) (MOUGEOT), 815.

Attaques épileptiques des dégénérés (HALBERSTADT), 175-185.

Attentats à la pudeur par deux dégénérés saturnins, alcooliques (BRIAND et SALOMON), 537.

Attitudes (Inhibition réflexe comme facteur de la coordination des mouvements et des —) (SHERRINGTON), 634.

— **segmentaires** (Conservation du sens des —, de la sensibilité à la pression et du sens de discrimination profond de la sensibilité osseuse chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle) (JUMENTIE et CELLIER), 848.

Auto-émasculation dans un raptus anxieux. Rôle de la suggestion étrangère (DUPRÉ et MARMIER), 380.

Automatisme médullaire (Réflexes d'— et réflexes de défense; le phénomène des raccourcisseurs) (MARIE et FOIX), 811.

— (STROHL), 813.

Automobilistes (Névrémie radiale des —) (CHARTIER), 424.

Auto-mutilation (Opération de la cataracte suivie d'— chez une aliénée) (RODIET et DALMAS), 380.

Avant-bras (Phénomène de l'—) (TEIXEIRA-MENDES), 348-349.

B

Babinski. V. Réflexe de Babinski.

Babinaki-Nageotte (SYNDROME DE). Ramollissement syphilitique du cervelet. Gommages de la surrénale (BÉRIEL, DURAND et MALESPINE), 418.

Bacelli (MÉTHODE DE) (Guérison du tétanos) (GULAEV, LEFORE, RIGHI, PICCALUGA, DE MONTE, RABITTI), 108.

Bacilles de Pfeiffer (Meningite subaiguë à — à la suite d'une paralysie spinale aiguë) (HAUSHALTER et JACQUOT), 363.

Bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection (RENAULT et LEVY), 41.

Bâillement hystérique (DESMARQUET), 433.

Bains prolongés (Emploi des — chez les aliénés) (RIEDER), 581.

Basedow (MALADIE DE) (Déviation du complément dans la —) (ROSEAO), 47.

— (Thyroidite post-typhique tardive et — secondaire) (GALI), 47.

— (Secousses nystagmiques) (SAINTON), 47.

— et pleurésie (HANNES et GAUSSADE), 47.

— et diabète (SAINTON et GASTAUD), 48.

—, pathologie (WILLSON), 48.

—, traitement radiothérapique (BELOT), 48.

—, traitement par les rayons X (BELOT), 48.

— (KINGSBURG), 43.

— (BRUCH), 48.

— avec sclérodémie et réaction de Wassermann positive. Traitement par le salvarsan (ZIEGEL), 49.

Basedow (MALADIE DE), injection d'eau bouillante dans le traitement (PONTEN), 49.

—, thyroïdectomie partielle, guérison (BLANC), 49.

— (Ferments d'Abderhalden dans la —) (LÉRI et FOLEY), 155.

— (Corps thyroïde dans la —) (ROUSSY et CLUNET), 262.

— et sclérodémie (MARINESCO et GOLDS-TEIN), 572.

Basedowisme ou **névrose vaso-motrice**. Troubles vaso-moteurs avec cœur instable et facilement excitable, dyspepsie nerveuse, tremblement, troubles psychiques (ALJUIER), 393-401.

Basilaire (VEINE) (Tuberculose. Ramollissement hémorragique du cervelet, du pédoncule cérébelleux supérieur, de la circonvolution de l'hippocampe, phlébite et thrombose de la — droite) (BRAUS-BART), 36.

Bassin (ATROPHIE) (Paraplégie infantile à forme paraplégique) (ACHARD et LEDRANC), 140.

Baume, substitution de la gélatine dans les préparations microscopiques (EDINGER), 514.

Bégaiement (Dysphagie singulueuse avec réactions motrices tétaniques et gestes stéréotypés) (MEIGE), 310.

—, traitement (FOR), 431.

— et son traitement (BRYANT), 575.

Benedikt (SYNDROME DE), un cas (TSOPANOGLOU), 569.

— — *post-traumatique* (BYCHOWSKI), 570.

Bibliothèque nationale (Le catalogue de l'Enfer de la —) (VINCHON), 120.

Bilan alcoolique d'un canton de la Manche (MÉNARD), 425.

Biochimiques (Principes des tendances — en neuro-pathologie et en psychiatrie) (JOUCHTCHENKO), 433.

Blépharospasme (Hémispasme facial, traitement) (LATAILLADE), 424.

— *hystérique intermittent* (SANTZ), 767.

Blessure. V. Sinus longitudinal, Sylvienne, Tête.

Bleuler (Freud et —) (ERNKOW), 824.

Blocage des nerfs. V. Nerfs (Blocage).

Bloc total. V. Cœur.

Bombes asphyziantes (Première victime des —) (BRIAND), 538.

Brachial (FLEXUS), anesthésie (LIPPENS), 44.

— (Paralysie radiculaire du — type de Duchenne-Erb) (BOUCHUT et VOLMAT), 245.

— (Paralysie radiculaire du — d'origine traumatique datant de l'enfance avec syndrome sympathique, hémiatrophie faciale et troubles sensitifs étendus) (DE JERINE et KREBS), 321.

— (Paralysie radiculaire du — d'origine obstétricale) (BONNAIRE, LEVY-VALENSI et VIGNES), 499.

— (Névralgies du —) (RAMOND et DURAND), 694.

Brachiale (PARALYSIE) (Traitement chirurgical de la — obstétricale) (TAYLOR), 764.

Bradycardies (Réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic de la nature des —) (LÖPER et MOUGEOT), 814.

Bras (Section traumatique du nerf cubital à la face postérieure du —. Suture immédiate. Rétablissement de la fonction. Persistance de l'anesthésie. Atrophie des interosseux et de l'éminence hypothénar, intégrité des fléchisseurs) (MIGINIAC), 43.

Brightique (Hémorragie cérébro-méningée chez un —) (BAX et ROMAIN), 414.

Bromique (Cure — et régime hypochloruré dans l'épilepsie) (PADOVANI), 768.

Bromuralisme, un cas (ZETLINE), 426.

Bromure de sodium dans le traitement du *delirium tremens* (KRAMER), 695.

Brown-Séquard (Plaie de la moelle cervicale par balle) (DEPNE, HEEVER et BERGERET), 721, 741-745.

— *incomplet* par lésion traumatique unilatérale de la moelle. Prédominance des phénomènes d'hypersthésie (CLAUDE et ROUILLARD), 288.

Bulbaire (PARALYSIE) dans la typhoïde (FITZ, BRIGHAM et MINOT), 38.

— (SYNDROME HÉMI-)(Hémi-anesthésie alterne avec dissociation thermo-analgésique, triade oculo-papillaire sympathique unilatérale, hémiplegie palato-pharyngée) (DEHOT), 37.

— *inférieur direct* (ANDRÉ-THOMAS), 468.

Bulbaires (ARTÈRES), thrombose (SALMON), 38.

— (CENTRES) (Altérations histologiques par intoxication acide expérimentale) (LUCIBELLI), 638.

Bulbe (COMPRESSION) par anomalie, de l'artère vertébrale avec dilatation anévrysmale (SILVAN), 568.

— (RAMOLLISSEMENT), syndrome de Jackson (LAINEL-LAVASTINE), 486.

— (STRUCTURE) dans le choléra asiatique (MICHAÏLOW), 230.

— (TUBERCULE), paralysie du facial et du moteur oculaire externe (SIMON et FAIRISE), 37.

Bulbo-protubérantielles (TUMEURS) (BENSIS), 568.

C

Cacodylate de soude (Injections d'iode de sodium et de — dans les états mélancoliques) (CHAMPION), 383.

Caïssons (MALADIE DES) (FRÉMONT), 235.

Calcifications partielles des noyaux gris centraux (BEAUSSANT), 98.

Calcium, influence sur les centres respiratoires (BUSCAINO), 188.

Calotte pédonculaire (SYNDROME PARTICULIER DE LA). Troubles cérébelleux et agnosie (CLAUDE et QUERCY), 840.

Canal, V. *Cérébro-spinal, Vertébral*.

Cancer, V. *Coma cancéreux, Méningite cancéreuse, Os (cancer)*.

Canitie émotive subite. Est-elle possible? (BOSCHI), 111.

Caractère et nervosité (KOLLARITS), 376.

— *pathologique* et criminalité (SOUKHANOFF), 532.

Carcinose, V. *Méninges*.

Cardiaques (AFFECTIIONS) (Psycho-névroses dans les —) (LILIENTEIN), 434.

Carotide primitive (Ligature de la — avec hémiplegie transitoire) (SANTY), 416.

Cataracte (Opération de la — suivie d'auto-mutilation chez une aliénée) (RODIET et DALMAS), 380.

Catartique (METHODE) psychothérapeutique (ERMAKOW), 821.

Caudé (NOYAU), Calcification partielle (BEAUSSANT), 98.

Cavités médullaires, V. *Moelle (Cavités)*.

Cécité psychique (En quoi consistent réellement les phénomènes de la —) (DAVIDENKOF), 565.

— *verbale*, surdité verbale et paraphasie (FROMENT et DEVIC), 410.

— (Trépanation tardive pour coup de feu. Extraction du projectile. Lésions étendues du pli courbe avec —. Guérison) (STEFANI), 411.

Cellules des ganglions spinaux, mitochondries (COWDRY), 26.

— *épithéliales* des plexus choroides (GRYNFELT et EUZIERRE), 26.

— *nerveuses*, mitochondries (COLLIN), 25.

—, lésions dans la maladie des jeunes chiens, la rage, et dans les combinaisons expérimentales des causes pathogènes (DONAGGIO), 563.

Cénestalgiques (Sections nerveuses chez les —) (SIGARD et HAGUENAU), 707.

Cénesthésiques (Interprétation délirante et perceptivité —) (COGROON), 257.

Cénesthopathies, notions pratiques (MERKLEN), 258, 259.

Centres, V. *Bulbaires, Nerveux, Sali-vaires*.

Centripètes (NERFS) des vaisseaux sanguins (KAUFMANN), 513.

Céphalée d'origine thyroïdienne (BILANCIONI), 49.

— d'origine nasale (MOUNIER), 216.

Céphalo-rachidien (LIQIDE) (Teneur en alcool du — chez les alcooliques et les délirants) (SCHUMM et FLEICHMANN), 28.

— (Sang et — dans les maladies du système nerveux central) (KAFKA), 29.

— (Dissociations albumino-cytologiques du —. Dissociation par hyperalbuminose. Dissociation par hypercystose) (DERRIEN, EUZIERRE et ROGER), 30.

— (Réaction de Wassermann dans le — de syphilitiques primaires et secondaires) (FRAENKEL), 30.

— dans 100 cas de syphilis (ENGMAN, BUHMAN, GORHAM et DAVIS), 31.

— (Variations de pression du — dans leurs rapports avec les émotions) (DUMAS et LAINEL-LAVASTINE), 163.

—, écoulement par le conduit auditif et les fosses nasales à la suite de fractures de la base du crâne (RAULT), 195.

— dans les maladies nerveuses et mentales (KARPAS), 379.

— (Réaction de Lange avec l'or colloïde et le —) (MATZKEVITCH), 514.

— (Traitement intensif des affections nerveuses syphilitiques contrôlé par les examens du liquide —) (BREM), 663.

—, coagulation massive par méningite bacillaire (DEBRÉ et PARAF), 761.

Céphalo-rachidien (LIQUIDE) et migraine ophtalmoplégique (SICARD et CAMBESSEDES), 835.

— — —, une réaction nouvelle (BOVERI), 877.

Cérébelleuse (ARTÈRE) postérieure et inférieure, occlusion (MILLS), 737.

Cérébelleux (SYNDROME) (SIMON et CAUSADE), 35.

— — — dû à une lésion syphilitique et considérablement amélioré par une injection intraveineuse du salvarsan (PAULION), 35.

— — — résiduel chez un enfant opéré d'un abcès du cervelet. Prédominance des symptômes au membre supérieur. Déviation en dehors dans l'épreuve de l'index. Dismétrie. Hyposthénie et anisosthénie des antagonistes (ANDRÉ-THOMAS), 134.

— (TROUBLES) et agnosie (CLAUDE et QUERCY), 840.

Cérébello-pontine (TUMEUR). V. Pontocérébelleuse.

Cérébello - spasmodique (SYNDROME) transitoire dans la convalescence d'une fièvre typhoïde (BARRIÉ et COLOMBE), 35.

— — — post-typhique (MARIE, FOIX et BOUTIER), 317.

Cérébrale (Hypoplasie des membres du côté droit d'origine —) (WEBER), 253.

— (Forme — de la malaria perniciose) (PATTERSON), 695.

— (MATIÈRE) (Etude des écoulements du liquide céphalo-rachidien et de — par le conduit auditif et les fosses nasales à la suite de fracture de la base du crâne) (RAULT), 195.

Cérébrales (ARTÈRES) (Evolution des lésions artério-sclérotiques dans la tunique interne de l'aorte et dans la tunique moyenne des —) (ANTONA), 567.

— (COMPLICATIONS) dans la pneumonie (WITTINGTON), 357.

Cérébraux (SYMPTÔMES) chez un bouledogue, associés à l'infiltration leucocytaire des vaisseaux et des membranes du cerveau et de la moelle (BATTEN), 356.

— (VAISSEAUX), endartérite (MATZKEVITCH), 518.

Cérébro-méningée (HÉMORRAGIE) chez un brightique (BAX et ROMAIN), 414.

Cérébro-spinal (CANAL) (Gliomatosc centrale avec oblitération diffuse du —) (FINNÉ), 519.

Cerveau (abcès) métastatiques en rapport avec les suppurations hépatopulmonaires (COUTEAUD), 357.

— — — temporo-sphénoïdal avec symptômes méningés (EMERSON), 754.

— — — à évolution très lente et apyrétique. Epilepsie jacksonienne et aphasie tardive ayant disparu après craniectomie, mort par hypertension intra-cranienne (CLAUDE TOUCHARD et ROULLARD), 795.

— — — dysentérique (LEGEND), 357.

— — — amibiens opérés après plusieurs rechutes de dysenterie et deux abcès du foie (LEGEND), 754.

— (ABSENCE). Un homme sans cerveau (EDINGER et FISCHER), 636.

Cerveau (AFFECTIONS), traitement par la ponction du corps calleux (ANTON et BRAHMANN), 25.

— — — concomitante du foie (SCHÜTTE), 356.

— (ANATOMIE). Etudes sur le cerveau du lapin (NISSL), 187.

— (ARTÉRIO-SCLÉROSE (Phénomène de Lowy, élévation de la pression sanguine par flexion de la tête en avant pour le diagnostic de l'—) (BENDER), 351.

— — —, formes cliniques (HAGELSTAM), 356.

— — —, syndrome confusionnel (NOUET), 566.

— — —, lésions des artères (ANTONA), 567.

— (CHIRURGIE). Procidence mastoïdienne de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne (FOURNIÉ), 197.

— (CONTUSION) destructive de l'hémisphère cérébral droit par coup d'arme à feu sans lésion de la paroi crânienne ni de la dure-mère (GIONOT), 197.

— (CYSTIGERCOSE). anatomie pathologique (ALFEEVSKY), 517.

— (GOMMES), résultats du traitement. Constatactions histologiques (TOOTN), 33.

— (Kyste hydatique) chez un enfant (BOELLOCHE et PAUVOST), 517.

— (LÉSIONS) dans la chorée chronique (MAYENDORF), 417.

— — — en foyer, hallucinations (JOUKOVSKY), 414.

— — — traumatiques des lobes frontaux (KOROSCHKO), 515.

— (LOCALISATIONS). Voies cérébrales, spécialement voies motrices verbales (MINGAZZINI), 411.

— — — (Aphasie motrice et paralysie du bras droit. Ramollissement du pied de la III^e circonvolution frontale gauche) (DUPON), 497.

— — — (Double monoplégie dissociée d'origine corticale) (REGARD, MOUZON et LAFAILLE), 838.

— (PATHOLOGIE) chez un idiot épileptique microcéphale (JACQUIN et MARCHAND), 165.

— — — (Structure de l'écorce du cerveau, du cervelet, du bulbe et de la moelle dans le choléra asiatique) (MICHAÏLOW), 230.

— — —. Phénomènes apraxiques avec lésion du lobe temporo-pariétal gauche (MARIE et FOIX), 275.

— — —, hyper-réponse aux excitations affectives dans le cas de lésions corticales (ROBINSON), 355.

— — —, symptômes cérébraux chez un bouledogue, associés à l'infiltration leucocytaire des vaisseaux et des membranes (BATTEN), 356.

— — —, syphilis cérébrale (GREGORY et KARPAS), 517.

— — —, endartérite des vaisseaux de petit calibre (MATZKEVITCH), 518.

— — —, trépanisme dans le cerveau des paralytiques (NOUCHI), 640.

— — — (MOORE), 641.

— — — (MARINISCO et MINEA), 641.

— — — (MARIE, LEVADITI et BANKOWSKI), 641.

— — —, 642.

— — —, démonstration du trépanisme chez le paralytique vivant (BÉLIEL et DURAND), 643.

- Cerveau** (PATHOLOGIE). Relations du trépanisme avec les lésions (MARINESCO et MINEA), 643.
- , alcoolisme avec dégénération systématique des voies commissurales (CESARIS-DEMEI), 751.
 - (PHYSIOLOGIE), variations de l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale du lapin dans des conditions anormales (CAVAZZANI), 92.
 - , altérations histologiques de l'écorce cérébrale à la suite de foyers destructifs et de lésions expérimentales (BIANCHI), 92.
 - , action de la strychnine et du phénol sur les zones non excitables de l'écorce cérébrale du chien (AMANTEA), 93.
 - , recherches sur le pouls cérébral (COLUCCI), 187.
 - , études sur le lapin (NISSI), 187.
 - , excitabilité électrique des circonvolutions frontale et pariétale ascendante (LEWANDOWSKY et SIMONS), 188.
 - , rapports entre les glandes génitales et l'organisme (LOWEN), 379.
 - , nouvelle méthode pour produire des lésions expérimentales des centres nerveux (BERTOLANI), 539-540.
 - , matériaux pour l'étude des fonctions des lobes frontaux (AFANASSIEFF), 544.
 - , soufre contenu dans l'écorce cérébrale des personnes saines et des malades psychiques (VOJTESSEVSKY), 528.
 - , restitution après lésion de l'écorce motrice chez le singe anthropomorphe (BROWN et SHERRINGTON), 635.
 - , restitution des troubles de la motilité après l'extirpation de l'écorce cérébrale chez le singe (TRENDELEBURG), 635.
 - , inversion des réactions corticales (BROWN et SHERRINGTON), 636.
 - (PSEUDO-TUMEUR) et méningite séreuse ventriculaire (FRANÇAIS), 364.
 - , Syndrome d'hypertension intracrânienne, trépanation décompressive et guérison depuis cinq ans (SOUCQUES), 587.
 - (RAMOLLISSEMENT) et encéphalite sclérogommeuse (VIGOUROUX et HÉRISSEON-LAPARRE), 417.
 - et démence précoce (MARCHANT), 772.
 - (SCLÉROSE), étude clinique et anatomopathologique (MAGGIORE), 537.
 - centrolobaire et symétrique (MARIE et FOIX), 1-16.
 - tuberculeuse (ORLOW), 517.
 - (TUBERCULES) multiples (GROUON et LÉCHELLE), 872.
 - (TUMEURS) (Troubles de la sensibilité profonde et de la discrimination tactile avec astéréognosie, localisés à un membre supérieur, chez un malade atteint de —) (CLAUDE, SCHAEFFER et ROUILLARD), 143.
 - , gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. Apraxie. Mort par ponction lombaire (LAIGNEL-LAVASTINE et LÉVY-VALENSI), 260.
 - ou plexo-choroïdite chronique (SICARD), 451.
- Cerveau** (TUMEURS), durée évolutive (SICARD), 451.
- , cholestéatome (STRAUSS), 515.
 - , deux cas (CIVALLERI et ROASENDA), 515.
 - , ostéomes (KRON), 515.
 - , sarcomatose diffuse (MARKUS), 516.
 - , néoformation cancéreuse (GLOUSHKOFF), 516.
 - , récidive, fibro-sarcome (POTEL, VERHAEGHE et SIAUVÉ-EVAUZY), 516.
 - , angio-carcinome et épilepsie jacksonienne (LEWANDOWSKY et SELBERG), 517.
 - , kyste hydatique chez un enfant de 6 ans (BOULLOCHE et PREVOST), 517.
 - , un cas (STONE), 755.
 - , épithéliale primitive de la face arbitraire du lobe frontal droit avec hémianopsie et névrite optique homologues (LAIGNEL-LAVASTINE), 789.
- Cervelet** (ARCÈS) (Syndrome cérébelleux résiduel chez un enfant opéré d'un —. Prédominance des symptômes au membre supérieur du même côté. Déviation en dehors dans l'épreuve de l'index. Dymétrie. Hyposthénie et anisosthénie des antagonistes) (ANDRÉ-THOMAS), 134.
- (Localisations cérébelleuses chez l'homme. Un cas d'— suivi d'autopsie) (ANDRÉ-THOMAS), 476.
 - d'origine otique (FORGUE et RAUZIER), 755.
 - (COMPRESSION) du vermis (GREGGIO), 756.
 - (HÉMIATROPHIE) néo-cérébelleuse (BROUWER), 418.
 - (LÉSIONS) (Réactions vestibulaires dans un cas de lésion de l'hémisphère cérébelleux droit) (MONTET), 34.
 - (LOCALISATIONS) (ANDRÉ-THOMAS et DURANT), 682.
 - chez l'homme. Un cas d'abcès du cervelet suivi d'autopsie (ANDRÉ-THOMAS), 476.
 - , étude expérimentale (GREGGIO), 756.
 - (PATHOLOGIE) (Structure de l'écorce cérébrale, du —, du bulbe et de la moelle dans le choléra asiatique) (MICHAÏLOW), 230.
 - (PHYSIOLOGIE), le statotonus (EDINGER), 512.
 - (RAMOLLISSEMENT) hémorragique du pédoncule supérieur, du pédoncule cérébral, de la circonvolution de l'hippocampe à droite; phlébite et thrombose de la veine basilaire droite, pachyméningite localisée (BEAUSSANT), 36.
 - syphilitique. Gomme de la surrénale (BÉRIEL, DURAND et MALESPINE), 418.
 - (TUBERCULES) multiples (JUMENTÉ), 776.
 - (TUMEUR), métastase sous-rolandique (MILIAN et SCHULMANN), 36.
 - , Opération (MAILHOUSE et VERDI), 757.
 - (REMEDI), 757.
- Chant** (Particularités dans le — des éléments précoces) (LUSTITSKY), 770.
- Charbonneuse** (INFECTION) (Méningo-encéphalite aiguë hémorragique dans l'—) (FULCI), 761.
- Charcot-Marie** (Névrite interstitielle hypertrophique avec atrophie musculaire type —) (NAZARI et CHIARINI), 763.

- Charcot-Marie** (Réactions électriques des troncs nerveux dans l'atrophie musculaire — et dans la névrite interstitielle hypertrophique) (SOUQUES et DEHEM), 866.
- Châtres** (Echanges matériels et échanges respiratoires chez les animaux — à la naissance) (DAMIANO), 232.
- Chiens** (MALADIE DES) (Lésions des cellules nerveuses dans la —, dans la rage et dans les combinaisons expérimentales des causes pathogènes) (DONAGIO), 563.
- Chirurgie** et hystérie (PICQUÉ), 432.
- des *maladies mentales* (POUSSEY), 581.
- *abdominale*, anesthésie spinale (BARCOCK), 387.
- Choléra** (Psychoses du —) (OBREGIA et PITULSCO), 739.
- *asiatique* (Structure de l'écorce du cerveau, du cervelet, du bulbe et de la moelle dans le —) (MICHAÏLOW), 230.
- Cholestéatome**. V. *Cerveau (Tumeur)*.
- Chorée** (Streptocoque déterminant des symptômes de — chez le chien) (DICK et ROTHSTEIN), 206.
- *apoplectique* (LEWANDOWSKY et STADELMANN), 416.
- *chronique*, lésions cérébrales (MAYENDORF), 417.
- *intermittente*, à début infantile (DUPRÉ et HEUVER), 595.
- de *Huntington* (FULLER et LOWELL), 527.
- de *Sydenham*, étiologie (DEFOUR, THIERS et CHARRON), 207.
- , symptômes mentaux (DIEFENDORF), 207.
- et syphilis; chorée chez une femme enceinte. Wassermann positif; chorée intense et compliquée chez une femme hérédo-syphilitique et syphilitique secondaire (APERT et ROUILLARD), 207.
- (CHEVRON), 208.
- , effets favorables des injections intraveineuses de salvarsan (MARIE et CHATELIN), 209.
- , traitement (COMBY), 208, 209.
- (TRIBOULET), 209.
- (PAYAN et MATTEI), 210.
- , par les injections de sulfate de magnésie (FELIZIANI), 210.
- , par le salvarsan et le néo-salvarsan (TALENT), 210.
- avec signes organiques (AMALRIC), 416.
- , maladie organique (COMBY), 537.
- , nodosités rhumatismales chez un enfant (NOVARO), 547.
- , théorie organique (DÉLÉARDE et VALLETTE), 527.
- *syphilitique*, deux cas (CHEVRON), 208.
- Choréiforme** (INSTABILITÉ) et insuffisance thyroïdienne (RÉMOND et SAUVAGE), 50.
- Choréique** (Epilepsie —) (MIKHAILOFF), 526.
- Choréo-athétosiques** (Mouvements — ayant débuté par un torticolis convulsif et accompagnés de trouble de la parole) (CHATELIN et MEIGRE), 295.
- Choroïdes** (PLEXUS), cellules épithéliales (GRYNFELT et EUZIERE), 26.
- Choroïdite** (Plexo — chronique ou tumeur du cerveau) (SICARD), 451.
- Circulaire** (PSYCHOSE) (RYBAKOW), 829.
- Circulation artérielle** (Rapport entre l'intensité des réflexes tendineux et la —) (NOÏCA), 402-406.
- Cirrhose du foie** (Dégénération du noyau lenticulaire associée à la —) (HENRICI), 97.
- Clairs-obscur** de l'anomalie mentale (VANEY), 419.
- Claudicante** (Appendicite — ou cœxopathie) (ROCHARD et STERN), 355.
- Claudication cérébrale intermittente** (WEISENBURG), 518.
- *intermittente de l'extrémité inférieure* chez un homme jeune, ouvrier actionnant une machine à pédale (WEBER), 246.
- Clonus de la rotule** (Inhibition réflexe du — et diagnostic topographique des compressions médullaires (MARIE et FOIX), 496.
- Coagulation massive** (Double ponction sus- et sous-lésionnelle dans un cas de compression médullaire : xanthochromie, — dans le liquide inférieur seulement) (MARIE, FOIX et BOUTTIER), 315.
- du liquide céphalo-rachidien déterminée par une méningite bacillaire (DEBRÉ et PARAF), 761.
- Coccygien** (GANGLION), excitation mécanique (CYRIAX), 685.
- Coefficient**. V. *Uréo-sécrétoire*.
- Cœur**. Bloc total et fibrillation auriculaire sans accidents nerveux (GALLAVARDIN et DUFOUR), 355.
- Colon ilio-pelvien** (Corps étranger du rectum chez un dément précoce. Occlusion complète et perforation du —) (MIGNOT et PETIT), 773.
- Coloration des fibres à myéline**, méthodes rapides. Coloration simultanée des lipides cellulaires (ZIVERT), 173-174.
- *élective de la myéline*; modification de la méthode d'Azoulay (TINEL), 788.
- Coma cancéreux** et coma dyspeptique (FAIVRET), 355.
- Commotion cérébrale** en clinique et dans l'expérimentation (CASATI), 197.
- Comparaison** (Méthode des équivalents. Etude des processus de —) (GEMELLI), 229.
- Condammés militaires** (Deux —) (PACTET), 334.
- Confusion mentale** et suggestions accidentelles; impulsions oniriques au suicide (PARIS), 443.
- Confusionnel** (SYNDROME) au cours de l'artériosclérose cérébrale (NOUET), 566.
- Confusionnelle** (Sinistrose et psychose à forme —) (RÉMOND et SAUVAGE), 446.
- Confusionnels** (ACCÈS), chez un persécuté persécuté (ADAM), 122.
- *transitoires* et démences organiques (BEAUSSART), 437.
- Conscience de notre être** (D'où naît la — ? Comment devenons-nous conscient de l'être) (HEVERECH), 825.
- Constellation**, influence sur la réaction de choix sensorielle et résultats de la méthode des constantes (BICKEL), 825.

- Contraction.** V. *Galvano-tonique, Idio-musculaire.*
- Convulsifs** (CRIS) (JANKOWSKY), 434.
- Convulsive** (Traumatisme du crâne et exaltation de la prédisposition —) (KASTAN), 354.
- Coordination** (Mécanismes nerveux qui régissent la — des mouvements locomoteurs chez les diplopes) (CLEMENTI), 233.
- (Inhibition réflexe comme facteur de la — des mouvements et des attitudes) (SHERRINGTON), 634.
- Cordes vocales** (PARALYSIE), diagnostic et traitement (INGALS), 764.
- Cordons postérieurs** (Syndrome des fibres radiculaires des —, autopsie) (DEJERINE et JUMENTIE), 271.
- Corps calleux** (Traitement des affections cérébrales, acquises et congénitales, par la ponction lombaire) (ANTON et BRAMANN), 25.
- (Gliome du — et du lobe pariétal gauche. Apraxie. Mort par ponction lombaire) (LAIGNEL-LAVASTINE et LÉVY-VALENSI), 260.
- de Negri dans la rage (PIRONE), 428.
- étranger du rectum chez un dément précoce. Occlusion complète et perforation du colon ilio-pelvien (MIGNOT et PETIT), 773.
- Corticale** (Double monoplégie dissociée d'origine —) (REGNARD, MOUZON et LAFAILLE), 838.
- Corticales** (LÉSIONS) (Hyperréponse aux excitations affectives dans le cas de —) (ROBINSON), 355.
- (RÉACTIONS), inversion (BROWN et SHERRINGTON), 636.
- Côtes cervicales** (Affection nerveuse basée sur l'existence de —) (KRABBE), 431.
- , un cas (RAILLIET), 698.
- , avec un cas simulant un anévrisme (SEYMOUR), 698.
- bilatérales (GARDINER), 698.
- Couche optique.** V. *Thalamus.*
- Courant galvanique** (Désorientation et déséquilibre provoquées par le —) (BABINSKI), 409.
- (Localisation des excitations par le — dans la méthode dite monopolaire) (BOURGUIGNON), 409.
- voltaïque (Désorientation et déséquilibre provoquées par le —) (BABINSKI), 816.
- Courants** (Emploi simultané de deux — en électro-diagnostic et en électro-thérapie. La réaction faradique latente, la farado-galvanisation et la galvano-galvanisation) (BABINSKI, DELHERM et JANKOWSKI), 191.
- Coxopathie** (Appendicite claudicante ou —) (ROCHARD et STERN), 355.
- Crâne** (ALTÉRATIONS) à type Paget. Lésions de certaines glandes à sécrétion interne. Myasthénie (BABINSKI et BARRÉ), 786.
- (CHIRURGIE) (Traitement des plaies du — par petits projectiles de guerre) (BILLET), 193.
- par petits projectiles dans la pratique civile (DEMOULIN), 193.
- Crâne** (CHIRURGIE), trépanation dans un cas d'épithélioma du cuir chevelu ayant envahi le crâne (DE MARTEL), 325.
- (ENFONCEMENT) (Monoplégie brachiale dissociée et astéréognosie consécutives à un —) (PÉLISSEUR et REGNARD), 151.
- (FRACTURE), épanchement intracranien dû à la rupture d'un affluent du sinus latéral, suture, guérison (MORESTIN), 195.
- (Ecoulements de liquide céphalo-rachidien et de matière cérébrale par le conduit auditif et les fosses nasales dans les — de la base) (RAULT), 195.
- , moyen de réparer les pertes de substance osseuse (RICCHETTI), 196.
- , Cas de blessure de la tête suivi de douleur persistante dans la région de la cicatrice et de faiblesse de la jambe gauche. Opération. Guérison (PROUT et TAYLOR), 196.
- (Blessure du sinus longitudinal supérieur par une esquille osseuse, dans une — de la voûte. Relèvement des fragments, hémorragie grave arrêtée par tamponnement; guérison) (VIANNAY), 196.
- obstétricale. Torticollis congénital (FROELICH), 196.
- (LÉSIONS) syphilitiques du foie et du —) (HANNES et FAIRISSE), 31.
- (TRAUMATISMES) et exaltation de la prédisposition convulsive (KASTAN), 354.
- Craniectomie** (Abscess cérébral à évolution très lente et apyrétique, épilepsie jacksonienne et aphasie ayant disparu après —, mort par hypertension intracranienne) (CLAUDE, TOUCHARD et ROUILLEARD), 795.
- décompressive dans un cas de syndrome d'hypertension avec hémianopsie (WELTER et DE MARTEL), 448.
- Cranienne** (PAROI) (Contusion destructive de l'hémisphère cérébral droit par coup de feu sans lésion de la — ni de la dure-mère) (GIORGI), 197.
- Craniens** (NERFS). Paralysies et syphilis cérébrale (BONNET et GATÉ), 417.
- Crânio-céphaliques** (TRAUMATISMES), rachicentèse (CHIARI), 197.
- Crime** (Arriération mentale dans ses rapports avec l'éducation et le —) (THOMAS), 533.
- Criminalité** et caractères pathologiques (SOUKHANOFF), 532.
- (Aliénation mentale et —. Statistique médico-légale des infractions aux lois ayant déterminé l'internement d'aliénés dans le département de la Seine) (CHARENTIER), 533.
- Criminels portugais** (CORREA), 699.
- Criminologie** (INGENIEROS), 699.
- sicilienne (Un voleur typique. Aperçu de —) (VERDIRAME), 535.
- Cris convulsifs** (Un cas de —) (JANKOWSKY), 434.
- Crises gastriques** et zona (HAUTEFEUILLE), 107.
- du tabes, traitement par l'opération de Francke (MAUCLAIRE), 242.
- , température (LAZAREFF), 519.

Crises gastriques tabéiformes au cours d'un ulcère-cancer de la petite courbure (DUBOT et LENOT), 242.

— — — *V. Tabes*.

Croissance exagérée (Hypertrophie musculaire et osseuse d'un membre inférieur avec —) (ANDRÉ-THOMAS et CHAUFOUR), 710.

Croyances humaines (La souffrance envisagée comme source des —) (LAKHTINE), 768.

Cubital (NERF), section traumatique à la face postérieure du bras. Suture. Rétablissement de la fonction. Persistance de l'anesthésie. Atrophie des interosseux et de l'éminence hypothénar, intégrité des fléchisseurs (MIGNIAC), 43.

Cuir chevelu (Alopécie circonscrite du — consécutive à un shock nerveux) (FOUQUET), 411.

— — — (Trépanation dans un cas d'épithélioma du — ayant envahi le crâne de la dure-mère) (DE MARTEL), 325.

Culture des ganglions spinaux des mammières *in vitro* suivant le procédé de Cartel (MARINESCO et MINCA), 91.

Cutanéo-musculaire (dissociation) de la sensibilité et syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs (SOUQUES), 128.

— — — dans le tabes (SOUQUES), 325.

Cutanéo-musculaire (Dystrophie —) (ZANELLI), 411.

Cuti-réactions. *V. Glandulaires*.

Cyclophrénie, psychose circulaire (RYBAKOW), 829.

Cysticercose du système nerveux, anatomie pathologique (ALFÉEVSKY), 547.

Cytolytique (Ataxie aiguë à guérison rapide. Magma albumineux d'origine — obtenu par ponction lombaire) (MERLE), 94.

D

Dauphin (Messianisme d'un faux —) (SÉRIEUX et CAPGRAS), 827.

Débile (Délire ambitieux chez une —) (BRIAND et FILLASSIER), 436.

— (Utilisation d'un — débile délirant pour commettre des escroqueries) (BRIAND et SALOMON), 532.

— (Délire systématique d'origine onirique chez un —) (DEMAT), 543.

Débilité mentale et délinquance (BRIDGMAN), 533.

— — — chez les enfants des écoles (MAC CREADY), 548.

— — —, signes graphologiques (LOWEN), 703.

— — — et microsphymie permanente chez une femme de 37 ans (VARIOT), 703.

— *neuro-musculaire* (Syndrome de —) (SIKORAY), 236.

Défense (Moyens de —) chez les persécutés (DUPAIN et PROVOST), 422.

— (RÉACTIONS DE) (Interprétations et —) (BLONDEL et PELLISSIER), 738.

— — — *V. Réflexes de défense*.

Déformations consécutives à la poliomyélite antérieure, causes et traitement (CAMPBELL), 201.

Dégénération. *V. Cerveau (Pathologie), Dystrophie musculaire, Moelle, Nerfs, Nerveux (Système), Voies commissurales*.

Dégénérative (PSYCHOSE —) *post-émotionnelle* (HALDERSTADT), 436.

Dégénérées, attaques épileptoïdes (HALDERSTADT), 175-185.

—, bouffée ambitieuse à l'occasion de faits exacts (BRIAND et FILLASSIER), 436.

— *saturnins* (Attentats à la pudeur par deux —, alcooliques dont l'un atteint de psychose intermittente (BRIAND et SALOMON), 537.

Dégénérescence et désadaptation (LAUMONIER), 823.

— (RÉACTION DE) (Contribution galvanotonique dans la — avec hyperexcitabilité galvanique (DELHEAN), 491, 492.

Délinquance et débilite mentale (BRIDGMAN), 533.

— *infantile* (FRIBOURG-BLANC), 531.

— — —, causes (SPAULDING), 532.

Délinquant (Timide —) (REDIERRE), 699.

Délirants (Teneur en alcool du liquide céphalo-rachidien chez les alcooliques et les —) (SCHUMM et FLEICHMANN), 28.

Délire aigu, considérations à propos d'un cas (ZIVERT), 444.

— — —, mort par pneumonie, encéphalopathie neuro-épithéliale (LAIGNEL-LAVASTINE et ROSE), 884.

Délirés. *V. Hypochondriaque, Imagination, Influence, Interprétation, Interprétallo-hallucinatoire, Melancoliques, Persécuté persécuté, Persécution, Résiduel, Revendication, Systématisé*.

Delirium tremens, traitement par les injections sous-dure-mériennes de bromure de sodium (KRAMEN), 695.

Délits (Utilisation des aliénés pour l'accomplissement des —) (BRIAND), 769.

Démarche latérale dans l'hémiplégie organique (CASTRO), 415.

Démence et épilepsie larvée (DUCOSTÉ et DUCLOS), 523.

— (Paralytiques généraux condamnés en pleine —) (DUPRÉ et MARNIER), 648.

— *épileptique* à forme de paralysie générale (MAILLARD et ALAJOUANINE), 503.

— *organique* avec accès confusionnels transitoires (BEAUSSANT), 437.

— — —, cas particulier (PESKEN), 652.

— *paranoïde* (LESTRITZKY), 540.

— — — survenue après la ménopause (LEROY), 772.

— *précoce*, différence entre le sérum sanguin des paralytiques et des déments précoces dans leur rapport avec la production d'hémolysines immunisantes (BENEDÉK et DEAK), 646.

— — — ou paralysie générale prolongée (CAPGRAS et MOREL), 653.

— — —, particularités dans le chant (LESTRITZKY), 770.

— — —, psychologie (EPPENBAUM-STRASSER), 770.

— — —, troubles pupillaires (REICHMANN), 770.

— — —, glandes à sécrétion interne (DERCUM et ELLIS), 771.

— — —, signe de la poignée de main (JACQUIN), 771.

- Démence précoce** et ramollissement cérébral (MARCHAND), 772.
 —, dessins et écrits (TREPSAT), 772.
 —, troubles du mouvement (LAGRIFFE), 772.
 —, corps étranger du rectum chez un dément précoce. Occlusion complète et perforation du colon iléo-pelvien (MIGNOT et PETIT), 773.
 — — syphilitique (LAIGNEL-LAVASTINE et BARDE), 163.
 — presbyophrénique (ZIVERT), 439.
 — présénile. Revue analytique sur la maladie d'Alzheimer (BEASIERE), 439.
 — sénile. Pression du sang chez les déments séniles. Traitement avec la théobromine (VALARREGA), 58.
 — et presbyophrénie (BALLEL), 439.
Démence (Examen du fond mental dans les —) (BALLEL et GENIL-PERRIN), 388.
 —, anatomie pathologique (CERLETTI), 437.
Dément aphasique (Mécanisme de la dissociation psychique chez un —) (PATINI), 441.
Demencia præcocißima (ARDIN-DELTEIL, COUDRAY et DERRIER), 773.
Démentiel (Délire interpréto-hallucinatoire systématique, chronique, sans affaiblissement —) (GALLAIS), 63.
Démentielle (Troubles intellectuels à forme — et apraxie consécutifs à une intoxication par l'oxyde de carbone) (BRIAND et SALOMON), 441.
Démentiels (Paralysie générale post-tabétique. Atténuation des phénomènes somatiques avec aggravation des phénomènes —) (LUCANGELI), 652.
Démorphinisation (Psychopolynévrite au cours d'une cure de —) (MARCHAND et USSE), 578.
Désadaptation (Dégénérescence et —) (LAUMONIER), 823.
Déséquilibre et désorientation provoqués par le courant galvanique (BABINSKI), 409.
 — par le courant voltaïque (BABINSKI), 816.
Déséquilibré simulateur (VALLON), 163.
Désintégration. V. *Nerveux (Tissu)*.
Désorientation et déséquilibre provoqués par le courant galvanique (BABINSKI), 409.
 — par le courant voltaïque (BABINSKI), 816.
Dessins et écrits d'un dément précoce (TREPSAT), 772.
Développement. V. *Arrêt de développement*.
Déviation du complément. V. *Basedow*.
Diabète et syndrome de Basedow (SAINTON et GASTAUD), 48.
 —, hémiplegie et hémianopsie droites. Démence organique avec accès confusionnels transitoires (BEAUSART), 437.
 — insipide chez un syphilitique amélioré après traitement spécifique (LAIGNEL-LAVASTINE), 481.
Diphthérie paralysante (DAVID), 427.
Diphthérique (Paralysie —) (ROLLESTON), 696.
Diplégie faciale et quadriplégie d'origine polynévritique avec anasarque des membres inférieurs de cause inconnue (CROUZON, CHATELIN et ATHANASSIOU-BENISTI), 592.
 — progressive (TOOTH), 415.
Diplopodes (Mécanismes nerveux qui régissent la coordination des mouvements locomoteurs chez les —) (CLEMENTI), 233.
Discrimination (Conservation de la sensibilité à la pression et du sens de — profond avec perte de la sensibilité osseuse chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle), (JUMENTIE et CEILLIER), 848.
 — tactile (Troubles de la sensibilité profonde et de la — avec astéréognosie, localisés à un membre supérieur chez un malade atteint de tumeur cérébrale) (CLAUDE, SCHAEFFER et ROBILLARD), 143.
Dissociation (Valeur de la théorie de la — dans la neurologie) (KÖHLER), 112.
 — V. *Albumino-cytologique, Cutanéomusculaire, Psychique, Personnalité, Sensibilités*.
Distribution. V. *Segmentaire*.
Divorce (Guérisons tardives dans leurs rapports avec le —) (BLANCHARD), 538.
 — (Aliénation mentale et —) (LE POITTEVIN), 539.
Double forme (Hémoptysies congestives sans lésions pulmonaires dans un cas de folie à —) (ALIX et DUNAN), 383.
Douleur (Mydriase en tant que symptôme objectif de la —) (PANZACCHI), 234.
 — persistante (Blessure de la tête suivie de — dans la région de la cicatrice, et de faiblesse de la jambe gauche) (PROUT et TAYLOR), 196.
Douleurs abdominales, pathogénie (LECLERCQ et LEROY), 234.
 — à type radiculaire (Valeur sémiologique des — pour le diagnostic des tumeurs de la moelle, à propos d'un cas de tubercule de la moelle) (JUMENTIE et ACKERMANN), 284.
Dure-mère (Contribution destructive de l'hémisphère cérébral droit par coup de feu sans lésion ni de la paroi crânienne, ni de la —) (GIORGIO), 197.
 — (Procidence mastoïdienne de la — de la fosse cérébrale moyenne) (FOURNIER), 197.
 — (Trépanation dans un cas d'hépihéliome du cuir chevelu ayant envahi le crâne et la —) (DE MARTI), 325.
 — (Moyens propres à réparer les pertes de substance de la —) (DESMAREST), 704.
Dynastie Julienne-Claudienne, pathographie (KANGIEMER), 701.
Dysarthrie (Raideur musculaire avec hémitemblement et —) (PÉLISSIER et BOREL), 722.
Dysentérie, abcès du cerveau (LEGRAND), 357.
 —, abcès amibien du cerveau, opéré après plusieurs rechutes et deux abcès du foie (LEGRAND), 754.

Dysmétrie (Syndrome cérébelleux résiduel chez un enfant opéré d'un abcès du cervelet. Prédominance des symptômes au membre supérieur droit. Déviation en dehors dans l'épreuve de l'index. — Hyposthénie et aïsosthénie des antagonistes) (ANDRÉ-THOMAS), 134.
 — (Hémiplégie motrice légère, localisée au membre supérieur, dans les muscles interosseux et les muscles du pouce. — Asynergie. Synkinésie. Athétose du muscle peaucier et des doigts) (ANDRÉ-THOMAS), 148.
Dyspeptique (Coma cancéreux et coma —) (FAIVRET), 355.
Dysphagie singulière avec réactions motrices tétaniformes et gestes stéréotypés (MEIGRE), 310.
Dyspraxie (Syndrome occipital avec —) (DIDE et PEZER), 412.
 — V. *Apraxie*.
Dysthénie périodique et psychose maniaque-dépressive (TASTEVIN), 58.
 — — (Traumatisme, paraplégie et —) (BENON et DENÈS), 382.
 — — V. *Maniaque-dépressive*.
Dysthyroïdisme, petits signes (LUXZATTI), 50.
Dystonie musculaire déformante d'Oppenheim (ABRAHAMSON), 375.
Dystrophies. V. *Endocrino-sympathique*. *Cutanéo-musculaire*, *Atrophie musculaire*.

E

Eau bouillante. (Injection d'— dans le traitement de l'hyperthyroïdie) (PORTER), 49.
Ebbinghaus (Résultats de l'investigation des malades psychiques d'après la méthode d'—) (ZIMKIN), 435.
Eberthiennes (Ménigites — et manifestations méningées de la typhoïde) (WEISSENBAUGH), 419.
Echanges des substances puriniques chez les psychopathes (SANGUINETTI), 379.
 — *matériels* et échanges *respiratoires* chez les animaux châtrés à la naissance (DAMIANO), 232.
Echinocoques de la moelle et de la queue de cheval (CIUFFINI), 758.
Eclampsie, pronostic (GAUCHON), 108.
 — troubles mentaux (JAHNEL), 440.
Ecoles (Débilité mentale et les enfants des —) (MAC READY), 518.
 — (Invalidité intellectuelle et morale dans les —) (MAIRET et GAUJOUX), 547, 548.
Ecorce cérébrale, altérations à la suite de foyers destructifs et de lésions expérimentales (BIANCHI), 92.
 — — (Variations de l'excitabilité électrique de l'— du lapin dans des conditions anormales) (CAVAZZANI), 92.
 — — (Action de la strychnine et du phénol sur les zones non excitables de l'— du chien) (AMANTEA), 93.
 — — structure du cervelet, du bulbe et de la moelle dans le choléra asiatique (MICHAÏLOW), 230.
Ecorce cérébrale (Soufre contenu dans l'— des personnes saines et des malades psychiques) (VOKRESENSKY), 528.
 — — (Restitution des troubles de la motilité après l'extirpation de l'— chez le singe) (TARDELENBURG), 635.
 — *motrice* (Restitution après lésion de l'— chez le singe anthropomorphe) (BROWN et SHERRINGTON), 635.
Ecarts et dessins d'un dément précoce (TREPAT), 772.
Ecriture en miroir et autres mouvements associés apparus en dehors de toute paralysie (BURN et CROW), 565.
Ectopie. V. *Rénale*.
Education (Arriération mentale dans ses rapports avec l'— et le crime) (THOMAS), 533.
 — *physique* (Gymnastique médicale comme prélude à l'— des arriérés) (CYMAX), 704.
Electrique (Spondylose rhizomélone et obésité traitées par la gymnastique —) (LABBE, LAQUERRIÈRE et NUTTEN), 429.
 — (Syndrome — de la réaction myotonique) (BABONNEIX), 685.
Electriques (Réactions) des troncs nerveux dans l'atrophie musculaire Charcot-Marie et dans la névrite interstitielle hypertrophique (SOUCQUES et DUREN), 266.
Electro-diagnostic, nouvelle méthode simple (DANO), 191.
 — (Emploi simultané de deux courants en — et en électrothérapie. Réaction faradique latente, farado-galvanisation, galvano-galvanisation (BAMINSKI, DELHERM et JARKOWSKI), 191.
 — de la myopathie (DELHERM), 265.
 — (Nouvelle réaction d'— : l'espacement des secousses de fermeture (HARTZ), 685.
Electrophysiologie des tissus de soutien (GAYDA), 353.
Electrothérapie (Emploi de deux courants en électro-diagnostic et en —. Réaction faradique latente, farado-galvanisation, galvano-galvanisation. (BAMINSKI, DELHERM et JARKOWSKI), 191.
Emotion (Rôle de l'— dans la genèse des psychopathies) (DUBOIS), 57.
 — (Variation de pression du liquide céphalo-rachidien dans leurs rapports avec l'—) (DUMAS et LAIGNEL-LAVASTINE), 463.
 — dans la pathogénie de l'épilepsie (RODIET), 521.
 — (TIKHOМИРОВ), 521.
 — et hystérie (BAMINSKI et DAGNAN-BOUVRET), 819.
 — découverte (MICHINE), 825.
Emotionnelle (Etats oniriques d'origine — dans les quartiers psychiatriques) (POWERS), 443.
 — (Epilepsie —) (FLOURNOY), 767.
Emotive (Une canille subite est-elle possible?) (BOSCHI), 411.
 — (Myoclonie mimique d'origine —) (AIME), 254.
 — (De l'obsession — au délire d'influence) (MIGNARD), 541.
Émotivité (Neurasthénie et exagération de l'—), (PERSHING), 574.

- Empoisonnement expérimental** (Glandes à sécrétion interne dans l'— par l'alcool) (GARDINI), 365.
- Encéphale** (abcès) métastatiques en rapport avec les suppurations hépatopulmonaires (COUTEAUD), 357.
- (AFFECTIONS) organiques, réflexe de préhension (JANICHEWSKY), 678-681.
- V. Cerveau.
- Encéphalite** (Séquelles nerveuses et mentales de l'— chez les enfants) (LUCAS et SOUTHARD), 238.
- aiguë chez l'enfant (COMBY), 237.
- avec amentia hallucinatoire grave (LUCANGELLI), 238.
- (Vomissements acétonémiques) (BABBONEIX et BLECHMANN), 239.
- hémorragique au cours d'une pneumonie latente chez un tabétique (RISFAL et DE VERBIZIA), 239.
- hémorragique dans l'infection charbonneuse (FULCI), 761.
- localisée de la zone motrice corticale gauche avec épilepsie continue (KAUMHOLZ), 238.
- scléro-gommeuse et ramollissement cérébral (VIGOUROUX et HÉRISSE-LAFABRE), 447.
- Encéphalocèle** (Présentation d'un —) (FROELICH), 198.
- Encéphalo-méningées** (réactions) aseptiques (BOURGEOIS), 202.
- Encéphalopathie auro-épileptiale** (Délire aigu, mort par pneumonie —) (LAINÉ-LAVASTINE et ROSE), 884.
- scarlatineuse (MÉRY et SALIN), 240.
- Endartérite** des vaisseaux cérébraux de petit calibre (MATZKEVITCH), 518.
- Endocrino-sympathique** (DYSTROPHIE); hypogénitalisme avec hémilipomatose diffuse de la peau (BARTOLOTTI), 110.
- Enervement**, anxiétés périodiques et névroses de l'estomac (BENON), 117.
- Enfance coupable** (FRIBOURG-BLANC), 531.
- Enfant**, résistance à la fatigue (LESAGE et COLLIN), 236.
- , états méningés curables (COMBY), 204, 363.
- , encéphalite aiguë (COMBY), 237.
- , séquelles nerveuses et mentales de l'encéphalite (LUCAS et SOUTHARD), 238.
- , paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique (MARFAN), 362.
- , névroses et psychonévroses (ROSENBLUTH), 766.
- Enfer** (Catalogue de l'— de la Bibliothèque nationale) (VINCHON), 120.
- Enophtalmos traumatique** (ARMERUSTER), 358.
- Entophiques** (Mouches volantes physiologiques et phénomènes —) (SCRINI), 360.
- Entourage** (Influence de l'— sur la formule des délires mélancoliques) (BRIAND et VINCHON), 383.
- Epanchement**. V. Intra-cranien.
- Ependymite granuleuse**, anatomie pathologique et pathogénie (MARGULIES), 231.
- Epilepsie** et syphilis cérébrale héréditaire tardive. Guérison par l'iodothérapie (PAT. BONCOEN), 32.
- , aphasie motrice et surdité post-paroxystique (PERUGIA), 409.
- Epilepsie**, association avec l'athétose) (SOUKHOFF), 416.
- , tétanos subaigu terminé par la guérison (LESIEUR et MILHAUD), 429.
- et paralysie générale (MAILLARD et ALAJOUANINE), 503.
- au Caucase (Eaixon), 521.
- , expériences sur l'association des idées (HAHN), 520.
- , influence de l'émotion dans la pathogénie (RODIET), 521.
- (TIKHOMIROFF), 521.
- , influence de la menstruation (TOULOUSE et MARCHAND), 521.
- , étiologie. Rôle de la syphilis, recherche par la réaction de Wasserman (AUBLANT), 523.
- avec impulsions érotiques, fétichisme du mouchoir chez un frôleur, fétichisme de la soie chez une voleuse (BRIAND et SALOMON), 523.
- , diététique (RODIET), 524.
- , traitement par les ferments lactiques (RODIET), 524.
- , genèse et traitement (DE FLEURY), 525.
- (Luminal dans l'—) (PADOVANI), 526.
- , traitement chirurgical (TERRACOL), 526.
- , association avec l'hystérie (SERAFIMOFF et SOUKHANOFF), 526.
- (Diagnostic de l'— et de la paralysie générale) (VIGOUROUX), 648.
- (Myoclonie et —. Syndrome d'Unverricht (AUSTREGESILLO et AUTRES), 746-750.
- , cure bromique et régime hypochloruré (PADOVANI), 768.
- choréique (MIKHAILOFF), 526.
- continue (Encéphalite localisée de la zone motrice corticale gauche avec —) (KRUHOLZ), 238.
- corticale familiale (RULF), 524.
- de Kojewnikoff, anatomie pathologique (ALFEREVSKY), 522.
- émotionnelle (FLOURNOY), 767.
- essentielle, traitement chirurgical (TERRACOL), 526.
- familiale (SIOLI), 522.
- Jacksonienne (CHAUVEY), 517.
- (ictus, — et asthénomanie) (BENON et BONVALLET), 116.
- (Arrêt de développement du membre supérieur gauche consécutif à une hémiplegie cérébrale infantile; —. Astérogénésie). (PÉLISSIER et KREBS), 153.
- à début tonique et angiocarcinome du cerveau (LEWANDOWSKY et SELBERG), 517.
- (Abcès cérébral à évolution très lente et apyrétique, — et aphasie, ayant disparu après craniectomie, mort par hypertension intra-cranienne) (CLAUDE, TOUCHARD et ROULLARD), 795.
- larvée et démence (DUCOST et DUCLOS), 523.
- Epileptiformes** (CONVULSIONS) chez un paralytique général traité par le salvarsan. Accidents du salvarsan et réaction d'Herxheimer (LEREDUE et JANIN), 657.
- Epileptique** (démence) à forme de P. G., (MAILLARD et ALAJOUANINE), 503.
- (IDIOTIE) (Nervi multiples dans un cas d'idiotie —) (QUARTO), 523.

Épileptique (MYOCLONIE) *familiale* (FARIO), 522.)

— (PARAMYOCLONUS) (LOMBARDO), 522.

Épileptiques (SYMPTÔMES) dans les états thyroïdiens (GUITION), 47.

Épileptoides (ATTAQUES) des dégénérés (HALBERSTADT), 175-185.

Épiphyssaire (Virilisme —) (SICARD et HAGUENAU), 858.

— V. *Pinéale*.

Épithélioma (Trépanation dans un cas d'— du cuir chevelu ayant envahi le crâne et la dure-mère) (DE MARTEL), 325.

Équilibration, troubles dans la ménin-gite tuberculeuse (D'ESFINE), 422.

Équivalents (Méthode des —. Étude des processus de comparaison) (GENELLI), 229.

Erythromélagie (SCHIRMACHER), 572.

Escroqueries (Utilisation d'un débile délirant pour commettre des —) (BRIAND et SALOMON), 532.

Esthésiomètre (Nouvel —) (AUERBACH), 514.

États. V. *Hallucinatoire*, *Maniaque* (*Excitation*, *Méningé*, *Mentaux*, *Oniriques*, *Paranoïde*.)

Être (D'où naît la conscience de notre être ? Comment devenons-nous conscient de l'— ?) (HEVEROCHE), 825.

Eunuchoïde (GIGANTISME) Troubles de la sécrétion interne du testicule (REBATTU et GRAVIER), 697.

Excitabilité électrique neuromusculaire, altérations dans les lésions périphériques du nerf homologue (GHILARDUCCI), 43.

— de l'écorce cérébrale du lapin, variations dans des conditions anormales (CAVAZZANI), 92.

— des circonvolutions frontale et pariétale ascendante (LEWANDOWSKY et SIMONS), 488.

Excitation (Localisation de l'— dans la méthode monopolaire chez l'homme. Pôles réels et pôles virtuels dans deux organes différents) (BOURGUIGNON), 553-558 et 587.

— de fermeture (Différences apparentes d'actions polaires et localisation de l'— dans la maladie de Thomsen) (BOURGUIGNON et LAUGIER), 93.

— double des nerfs. Technique (OZONIO), 188.

— mécanique du ganglion coccygien (CYRIAX), 685.

— réflexe (Réflexe rythmé produit par — opposée à une inhibition réflexe) (SHERINGTON), 684.

Excitation (ÉTATS) V. *Maniaque*.

Excito-dépressive (PSYCHOSE) (Psychose périodique complexe, délire d'interprétation, —, obsessions et impulsions) (DIDE et CARRAS), 70.

Exhibitionnisme, attentats à la pudeur par deux dégénérés saturnins, alcooliques (BRIAND et SALOMON), 537.

Exophtalmie consécutive à une inflammation des muscles extrinsèques de l'œil (CHEVALLEREAU et OFFRET), 39.

Exostoses multiples (Rachitisme, — fractures spontanées, retard de la consolidation chez une enfant atteinte de syphilis héréditaire) (KIRMISSON), 551.

Exostoses multiples héréditaires (CAZAL), 431.

Expertise psychiatrique dans l'armée : origines et dispositions de sa réglementation officielle (SIMONIN), 534.

Extraits de goitre (Résultats des injections intraveineuses d'— sur la pression sanguine) (BLACKFORD et SANFORD), 45.

F

Face (ATROPHIE) bilatérale (HERTZ et JOHNSON), 698.

— (Mouvements, insuffisance congénitale) (GUTHRIE), 765.

— — spasmodiques (Paralysie pseudo-bulbaire avec — simulant le rire) (EITTINGER), 755.

— V. *Hémiatrophie faciale*, *Hémi-hypertrophie de la face*, *Paralysie faciale*.

Faim. (Anorexie mentale. Ses rapports avec la psychophysiologie de la —) (NOGÈS), 562.

Familiale (Gliose spinale chez trois membres de la même famille; possibilité d'une forme —) (PRICE), 691.

Familiale spasmodique (Paralysie —) (TCHOUGOUNOFF), 520.

— (ÉPILEPSIE) (SIOLI), 522.

Familiales (PSYCHOSES) (DEMAT), 543.

Faradique (RÉACTION) (Emploi simultané de deux courants en électro-diagnostic et en électrothérapie. — latente, farado-galvanisation galvano-galvanisation). (BABINSKI, DELHERM et JARKOWSKI), 191.

Farado-galvanisation (Emploi simultané de deux courants en électrothérapie. Réaction faradique latente, —, galvano-galvanisation) (BABINSKI, DELHERM et JARKOWSKI), 191.

Fatigue (Résistance à la — chez le jeune enfant) (LESAGE et COLLIN), 236.

— des nerfs à myéline de la grenouille (TIGERSTEDT), 733.

— nerveuse (Hydrothérapie) (POPE), 582.

Faux policiers mythomanes (DUPRÉ, ABADIE et GELWA), 535.

Ferments. V. *Abderhalden*.

— lactiques et traitement de l'épilepsie (RODIET), 524.

Fétichisme du mouchoir chez un frôleur, fétichisme de la soie chez une voleuse de grands magasins (BRIAND et SALOMON), 523.

Fibres à myéline (Méthodes rapides pour la coloration des —. Coloration simultanée des lipides cellulaires (ZIVERN), 173-174.

—, loi du tout ou rien (LODMOLE), 752.

— radiculaires longues (Dissociation cutané-musculaire de la sensibilité et syndrome des — des cordons postérieurs) (SOQUES), 128.

— nerveuses, relations entre leur diamètre et leur rapidité fonctionnelle (LAPICQUE et LEGENDRE), 564.

— — (Syndrome des — des cordons postérieurs, autopsie) (DEJERINE et JUMENTIE), 271.

Fibrillation auriculaire (Block total et — sans accidents nerveux) (GALLAVARDIN et DUPOURT), 355.

Fibrollysine dans le traitement du vertige de Ménière (SACO), 704.

Fibrosarcome V. *Cerveau* (Tumeurs).

Fièvre par piqûre des centres comme expression du pouvoir régulateur thermique (FREUND), 635.

Filariose sanguine (Pseudo-tabes et —) (BABINSKI et GAUTIER), 856.

Flaccidité (Hémiplégie cérébrale avec —, atrophie et perte des réflexes) (DERCUM), 518.

Foi et superstition dans l'ancien temps (GADELIUS), 376.

Foie (Lésions syphilitiques du — et du crâne) (HANNIS et FAIRBANK), 31.

— (Affection concomitante du cerveau et du —) (SCHÜTTE), 356.

— (ABCÈS) (ABCÈS amibien du cerveau opéré après plusieurs rechutes de dysenterie et deux —) (LEGAND), 754.

— (COMPLÈS) chez un tabétique devenu paralytique général (VIGOUROUX et HÉRISON-LAPARRE), 615.

Folie (Rapports de l'art et de la —) (PARIANI), 379.

— (Génie et —) (VLAVIANOS), 576.

— à deux. Deux sœurs persécutées possédées. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Hallucinations psychomotrices et de la sensibilité générale (ALLAMAN), 544.

— à trois (NORDMANN), 545.

— V. *Double forme*.

Fols incurables (Hospital des — de Thomas Garzoni) (VINCHON), 121.

Fonction. V. *Vasomotrice*.

Formes. V. *Nerveuses*.

Fracture. V. *Crâne*.

Fractures spontanées (Rachitisme, exostoses multiples, —, retard de consolidation chez une enfant atteinte de syphilis héréditaire) (KIRMISSON), 251.

Franke (Traitement des crises gastriques du tabes par l'opération de —) (MAUCLAIRE), 242.

Freud (Troubles nerveux fonctionnels et la théorie de —) (LIASSE), 520.

— et Bleuler (ERMAKOW), 824.

Friedreich (ATAxie DE) chez une jeune fille mal développée (TAYLOR), 243.

Frontale ascendante (CIRCONVOLUTION), excitabilité électrique (LEWANDOWSKY et SIMONS), 188.

Frontaux (LOBES) physiopathologie (CURTI), 355.

— fonctions (AFANASSIEFF), 514.

—, lésions traumatiques (KOROSCHKO), 515.

—, symphyse méningée dans la paralysie générale (TAENEL), 645.

— (Tumeur épithéliale primitive de la face orbitaire avec hémianopsie et névrite optique homologues) (LAIGNEL-LAVASTINE), 789.

Fugues et suicide par onirisme au cours des maladies infectieuses (POROT), 442.

Fumeurs (Psychologie des —) (BIRSTEIN), 768.

G

Galvanique (Désorientation et déséquilibre provoqués par le courant —) (BABINSKI), 409.

Galvano-galvanisation (Emploi simultané de deux courants en électrothérapie. Réaction faradique latente, farado-galvanisation, —) (BABINSKI, DELHERM et JARKOWSKI), 191.

Galvano-tonique (Contraction — dans la réaction de dégénérescence avec hypoeccitabilité galvanique) (DELHERM), 191, 192.

Ganglion. V. *Coccygien*, *Sphénopalatin*, *Spinaux*.

Ganser (SYMPTÔME DE) et puérilisme mental chez une ancienne maniaque (LIVET), 117.

Gélatine substitution au baume dans les préparations microscopiques (EMINGER), 514.

Gelure (Mal perforant consécutif à une —) (ACHARD et LEBLANC), 138.

Gémisseurs (Les aliénés —) (SÉGLAS et DUBOIS), 436.

Génie et folie (VLAVIANOS), 576.

— littéraire et folie maniaque dépressive (REID), 381.

Génitales (GLANDES) (Lipoides des —, leur importance dans la physiologie, la pathologie et la thérapeutique) (PARRON, DUMITRESCO et DAN), 369.

— — rapports avec le cerveau et l'organisme (LOWER), 379.

Gigantisme eunuchoïde. Etude des troubles de la sécrétion interne du testicule (REBATTU et GRAVIER), 697.

— infantile, étude clinique (ASCENZI), 251.

Glandes. V. *Pinéale*, *Sécrétion interne*, *Sexuelles*.

Glandulaire (INSUFFISANCE) et anormaux passifs dans l'armée (COT et DUPIN), 548.

Glandulaires (Cutiréactions) (PARRON et SATINI), 875.

Gliomatose centrale avec oblitération diffuse du canal cérébro-spinal (FINNÉ), 319.

Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. Apraxie. Mort par ponction lombaire (LAIGNEL-LAVASTINE et LÉVY-VALENSI), 250.

Gliose. V. *Spinale*.

Goitre (Action des extraits de — sur la pression sanguine) (BLACKFORD et SANFORD), 45.

— et paralysie agitante (SCHOTZ), 375.

— exophtalmique. V. *Basedow*.

Gommes. V. *Cerveau*, *Foie*.

Grand dentelé (Atrophie unilatérale du — et myopathie progressive) (GAILLARD), 53.

Graphologiques (Signes — de la débilité mentale) (LOWEN), 703.

Grippe à début méningé avec ictère infectieux (SPILLMANN et BENECH), 364.

— et asthénie périodique (BENON), 441.

Grossesse, troubles mentaux (BOUDET), 166, 389.

Guérisons tardives étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec le divorce (BLANCHARD), 538.

Guillain-Thaon (SYNDROME DE —) (PILATE-MARTSINEVITCH), 31.

Gymnastique électrique (Spondylose rhizomélisque et obésité traitées par la —) (LABBÉ, LAQUEBRIÈRE ET NUYTEN), 429.

— *médicale* comme prélude à l'éducation physique des enfants arriérés (CYRIAX), 704.

Gynécologie (Anesthésie spinale en —) (BABCOCK), 387.

— (GELLHORN), 387.

Gynécologiques (AFFECTIONS), valeur de leur guérison dans les psychoses (KÖNING ET LINZENMEIER), 59.

— relations avec les névroses (GRAVES), 574.

H

Habsbourg (Amour de la mort chez les —) (LAIGNEL-LAVASTINE ET MERSEY), 119.

Hallucinations (Délire systématisé modifié par un état aigu d'excitation maniaque avec —) (KLIPPEL ET MALLET), 64.

— et dissociation de la personnalité (BALLET ET MALLET), 117.

— physiologiques et pathologiques (BERNHEIM), 118.

— dans la psychose maniaque dépressive (PEASE), 382.

— dans les lésions en foyer du cerveau (JOUKOWSKY), 414.

— et illusions multiples (BARAT), 823.

— modalités cliniques (MASSELOU), 826.

— *psychomotrices* (Paralysie générale ayant débuté par des — verbales obsédantes et tendance au suicide) (FÖRKL ET CEILLIER), 503.

— chez deux sœurs persécutées possédées (ALLAMAN), 541.

— *visuelles* (Action psychique de la mescaline et mécanisme des —) (KNAUER ET MALONEY), 830.

Hallucinatoire (AMENTIA). Encéphalite aiguë (LUCANGELI), 238.

— (ÉTAT) avec exagérations périodiques symptomatiques d'une hypertension intracrânienne (CLAUDE), 164.

— (PSYCHOSE) chronique et désagrégation de la personnalité (BALLET), 118.

— à longue évolution sans réaction notable (COLLIN, TERRIEN ET VINCHON), 166.

Hallucinatoires (Délire de persécution à base d'interprétations délirantes, traversé par des épisodes — d'origine toxique) (VIGOUROUX), 64.

Halluciné de l'ouïe (Pseudo-surdité verbale pure chez un —) (CEILLIER ET ALAJOUANINE), 388.

Hallucinose. Hallucinations visuelles et auditives sans idées délirantes (DEROUX), 164.

Heine-Mélin (Relations entre les réactions méningées de la poliomyélite et la maladie de —) (AGUILAN), 198.

— *V. Poliomyélite*.

Hématomes. *V. Intra-duraux*.

Hématomyélie, étude clinique et anatomo-pathologique (SILVAN), 101.

— après laminectomie simple. (BABINSKI ET BARRÉ), 784.

Hémianesthésie cérébrale infantile. Hémiplegie motrice légère localisée au membre supérieur dans les muscles interosseux et les muscles du pouce. Dysmétrie. Asynergie. Syncinésie. Athétose du muscle peucier et des doigts (ANDRÉ-THOMAS), 148.

Hémianopsie avec réaction pupillaire hémianopsique, autopsie (DEJERINE ET JUMENTIE), 273.

— (Craniectomie décompressive dans un cas de syndrome d'hypertension avec —) (VELTER ET DE MARTEL), 446.

— (Tumeur épithéliale primitive de la face arbitraire du lobe frontal droit avec — et névrite optique homologues) (LAIGNEL-LAVASTINE), 789.

— *droite*, hémiplegie et diabète. Démence organique avec accès confusionnels transitoires (BRAUSSART), 437.

Hémianopsique (Valeur diagnostique de la réaction pupillaire hémiplegique et phénomène — du prisme) (WALKER), 638.

Hémiatrophie de la moitié gauche du corps (BONNET ET GATÉ), 253.

— *faciale* contemporaine d'une hémiatrophie dorsale du côté opposé (GALIMBERTI), 253.

— Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine traumatique et datant de l'enfance avec syndrome sympathique, — et troubles sensitifs étendus (DEJERINE ET KREBS), 321.

— *bilatérale* (HERTZ ET JOHNSON), 698.

— *néo-cérébelleuse*. *V. Cervelet*.

Hémi-bulbaire (SYNDROME). *V. Bulbaire*.

Hémichorée droite avec signes organiques (AMALRIC), 416.

Hémihypertrophie (Nœvi avec — du côté droit et angiomes multiples du côté gauche) (ALLAIRE), 252.

— *de la face* (ABRAHAMSON), 253.

Hémilipomatose. *V. Lipomatose*.

Hémiplegie (Ligature de la carotide primitive avec — immédiate transitoire), (SANTY), 416.

— diabète et hémianopsie droites. Démence organique avec accès confusionnels transitoires (BEAUSSART), 437.

— avec *nevus* très étendu (COCKAYNE), 755.

— *alternes* (Sclérose en plaques avec —) (CONOS), 226-223.

— *cérébrale* avec flaccidité, atrophie et perte des réflexes (DEROUX), 518.

— *hystérique* avec spasme de la main (ROSENBLATH), 520.

— *infantile* (Arrêt de développement du membre supérieur gauche consécutif à une —) (PÉLISSIER ET KREBS), 153.

— (Signe de Babinski provoqué par l'excitation des téguments de tout le côté hémiplegie dans un cas d'—) (GUILLAIN ET DUBOIS), 614.

Hémiplégie motrice légère localisée au membre supérieur, dans les muscles intéressés et les muscles du pouce. Dysmétrie. Asynergie, syncinésie. Athétose du muscle peaucier et des doigts (ANDRÉ THOMAS), 148.

— *organique*, petits signes (ROMAGNA-MANOIA), 187.

— —, démarche latérale (CASTRO), 415.

— —, troubles mentaux, anosognosie (BABINSKI), 845.

— *palato-pharyngée* (Syndrome hémibulbaire. Hémianesthésie alterne avec dissociation thermo-analgésique, triade oculo-papillaire sympathique unilatérale, —) (DENOT), 37.

— *terminale* chez un paralytique général (VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE), 643.

Hémiplégiques (La rééducation des —) (JARKOWSKI), 462.

Hémispasme, V. *Spasme facial*.

Hémisphère cérébral (Contusion destructive de l'— droit par coup d'arme à feu sans lésion de la paroi crânienne ni de la dure-mère) (GIONGI), 197.

Hémitremblement (Raideur musculaire avec — et dysarthrie) (PÉLISSIER et BOREL), 722.

Hémoptysies congestives sans lésions pulmonaires dans un cas de folie à double forme (ALIX et DUNAN), 383.

Hémolysines immunisantes (Différence entre le serum sanguin des paralytiques et des déments précoces dans leur rapport avec la production d'—) (BENEDEK et DEAK), 646.

Hémorragie cérébrale et hémorragies protubérantielles (BEAUSSART), 37.

— — (Trépanation décompressive du côté de l'hémisphère sain dans certains cas d'—) (MARIE), 196.

— —, lésion syphilitique scléro-gommeuse du myocarde (SIMON, FAIRISE et HANNS), 415.

— — (Syndrome méningé au cours d'une —) (LEVY et GONNET), 505-508.

— *cérébro-méningée* chez un brightique (BAX et ROMAIN), 414.

— *méningée* du nouveau-né (THIBAUT), 203.

— — chez la parturiente (EUZIÈRE et BONNET), 243.

— *protubérantielle* et hémorragie cérébrale (BEAUSSART), 37.

Hépatopulmonaires (suppurations) (Absès métastatiques de l'encéphale en rapport avec les —) (COUTEAUD), 357.

Hérédité évanique similaire (DEMAT), 381.

Hérédo-ataxie Lésions médullaires dans quatre cas d'— (MARIE et FOIX), 797.

Hérédo-syphilis V. *Syphilis héréditaire*.

Herpès dans la méningite cérébro-spinale. Présence du méningocoque dans les vésicules. (DURAND), 420.

Héroïnomanie (SOUKHANOFF), 426.

Herkheimer (RÉACTION DE) (Vertige de Mière, sa nature fréquemment syphilitique Guérison par le 606.—) (MILIAN), 190.

— — (Mort après convulsions épileptiformes chez un paralytique général traité par le salvarsan. Accidents du salvarsan et —) (LEREDDE et JANIN), 657.

Hétérochromie de l'iris (GALEZOWSKI), 359.

Hippocampe (Tuberculose. Ramollissement hémorragique du cervelet, du pédoncule cérébelleux supérieur, du pédoncule cérébral, de la circonvolution de l'— à droite) (BEAUSSART), 36.

Histoire des travaux de la Société médico-psychologique et éloges de ses membres (RITTI), 528.

Homicide familial (Délire hypochondriaque par interprétations et réaction suicide et —) (LEROY), 384.

Homme sans cerveau (EDINGER et FISCHER), 636.

Homosexualité (Conception de l'—) (BRILL), 537.

—, traumatisme et maladie infectieuse (WITRY), 538.

—, médecine légale (NÉCKE), 770.

Hopitaux pour psychopathes (SOUTHARD), 700.

— (Ateliers des — et des asiles) (HALL), 700.

Horner (SYNDROME) consécutif à la neurolyse ganglionnaire du troncaveau au cours de la névralgie faciale (SICARD et GALEZOWSKI), 99.

Hospital des fols incurables de Thomas Garzon (VINCHON), 121.

Hydarthrose intermittente périodique (MICHELEWSKY), 246.

Hydrocéphalie (CUEILLÉ), 357.

— *acquise* par méningite ourlienne (SICARD), 708.

Hydro-syngomyélie avec troubles trophiques cutanés (NANTA, DUCING et DUCING), 102.

Hydrothérapie des malades psychiques (LUSTRITZKY), 581.

— dans la fatigue nerveuse (PORE), 582.

Hygiène de la race et son importance pour la culture moderne (LUXEMBOURG), 234.

Hyperalbuminose (Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Dissociation par —) (DERRIEN, EUZIÈRE et ROGER), 30.

Hypercytose (Dissociation par —) (DERRIEN, EUZIÈRE et ROGER), 30.

Hyperesthésie (Syndrome de Brown-Sequard incomplet par lésion traumatique unilatérale de la moelle. Prédominance des phénomènes d'—) (CLAUDE et ROCILLARD), 288.

Hyperesthésiques (Lignes — de la peau) (CALLIGARIS), 233.

Hyperphalange (GELVINE), 252.

Hyperplasie compensatrice expérimentale de la thyroïde chez le chien et le singe (ROUSST et CLENET), 792.

Hyper réponse aux excitations affectives dans le cas de lésions corticales (ROBINSON), 355.

Hypersensibilisation thyroïdienne. Indice opsonique élevé et hypersensibilité générale chez les lapins à la mamelle (MARBÉ), 44.

— Les lapins à la mamelle ont très peu de leucocytes (MARBÉ), 44.

Hypertension intracranienne (Etat hallucinatoire avec exagérations périodiques symptomatiques d'une —) (CLAUDE), 464.

Hypertension intracranienne. (Cranioctomie décompressive dans un cas d'— avec hémianopsie) (VELTER et DE MARTEL), 448.

—, trépanation décompressive et guérison depuis cinq ans. Pseudo-tumeur cérébrale (SOQUES), 587.

Hyperthyroïdie (Injection d'eau bouillante dans le traitement de l'—) (PORTER), 49.

Hyperthyroïdisme et folie maniaque dépressive (LAFORA), 703.

Hypertrophie musculaire et osseuse d'un membre inférieur avec croissance exagérée (ANDRÉ-THOMAS et CHAUFOUR), 710.

Hypertrophique (Paralyse —) (CHATIN et NOGIER), 205.

Hypnose et traitement des alcooliques (WEDENSKY), 695.

Hypochlorurée (RÉGIME). V. *Epilepsie*.

Hypochondriaque (DÉLIRE) par interprétations avec réaction suicide et homicide familial (LENOV), 384.

Hypoexcitabilité galvanique (Contraction galvano-tonique dans la réaction de dégénérescence avec —) (DELHERM), 191 et 192.

Hypogénitalisme (Dystrophie endocrinio-sympathique; — avec hémilipomatose diffuse de la peau) (BARTOLOTTI), 110.

Hypoglosse (Paralyse du noyau de l'—) (MOLL), 568.

Hypomoralité, alcoolisme, association avec une délinquante revendicatrice (CLÉRAMBAULT), 70.

Hypophysaire (Infantilisme —) (SOQUES), 250.

Hypophyse (TUMEUR) avec métastases osseuses et ganglionnaires. Absence d'acromégalie (ROUSSET, MASSON et RAPIN), 783.

Hypoplasie des membres d'origine cérébrale (WEBER), 253.

Hyposthénie (Syndrome cérébelleux résiduel chez un enfant opéré d'un abcès du cervelet. Prédominance des symptômes au membre supérieur droit. Déviation en dehors dans l'épreuve de l'index. Dismétrie. Hyposthénie et anisosthénie des antagonistes) (ANDRÉ-THOMAS), 134.

Hypotonie et hystérie infantile (COLLIN), 738.

Hystérie (Comment comprendre l'—. Le pithiatisme) (SIMON), 432.

— et chirurgie (PICQUE), 432.

—, mémoire des faits récents (HORWITZ), 433.

—, faux diagnostic (WACHSMUTH), 433.

—, association avec l'épilepsie (SÉRAFIMOFF et SOUKHANOFF), 526.

—, traitement (SOLLIER), 562.

—, association à la psychose maniaque dépressive (SOUKHANOFF), 702.

—, anurie avec élimination supplémentaire de l'urée (GUEY), 766.

— et émotion (BABINSKI et DAGNAN-BOUVERET), 819.

— infantile (Hypotonie et —) (COLLIN), 738.

Hystérique (ANESTHÉSIE) à type longitudinal (CALLIGARIS), 558-560.

— (BLÉPHAROSPASME) intermittent (SANZ), 767.

— (BAILLEMENT) (DESMARQUET), 433.

— (HÉMIPLÉGIE) avec spasme de la main (ROSENBLATH), 520.

Hystériques (PSYCHOSES) (SCLIAN), 434.

I

Ictère infectieux (Grippe à début méningé avec —) (SPILLMANN et BERNECH), 364.

Ictus, épilepsie jacksonienne et asthénomanie (BENON et BONVALLET), 116.

Iéliste passionné de la justice et de la bonté (DIDE et LEVEQUE), 62.

Idéation paralogique (SOUKHANOFF), 768.

Idio-musculaire (CONTRACTION) dans la polynévrite (DEFOUR), 583.

Idiot épileptique microcéphale (Cerveau d'—) (JACQUIN et MARCHAND), 165.

— microcéphale Baptiste (RIVA), 545.

Idiotie (Étiologie. Rôle de la syphilis; sa recherche par la réaction de Wassermann) (AUBLANT), 523.

— (Manie et —) (BENON), 703.

—, fréquence relativement au sexe (HOLLINGWORTH), 704.

— amaurotique, deux cas (MAGNUS), 546.

— de Tay-Sachs, étiologie, pathogénie et anatomie pathologique (SAVINI-CASTANO et SAVINI), 546.

— épileptique, nœvi multiples (QUARTO), 523.

— mongoloïde (MORETTI), 545.

Illusions dans le champ des sensations tactiles (GEMELLI), 377.

— et hallucinations multiples (BARAT), 825.

Image mentale et réflexes conditionnels dans les travaux de Pawlow (DONTCHOFF-DEZEUXE), 811.

Images, substitution aux sensations. Cas d'hallucinations et d'illusions multiples (BARAT), 825.

— verbo-motrices (CLAPARÈDE), 689.

Imaginatifs (États mentaux —) (TRÉNEL et RAYNIER), 65.

Imagination (DÉLIRE D') (LIBERT), 66.

— (CAGNIAS et TERRIEN), 66.

— (BELLETRUD et FROISSANT), 704.

— combinatoire et créatrice chez les malades psychiques (VLADYTCHEK), 825.

Imaginative (Amnésie fonctionnelle rétro-antérograde post-émotive chez une prétentieuse —) (LAIGNET-LAVASTINE et CASTEL), 717.

— (PSYCHOSE) à longue évolution sans réaction notable (COLLIN, TERRIEN et VINCHON), 166.

Immigration et prophylaxie de l'aliénation mentale (SALMON), 381.

Immunité passive (Durée de l'— contre la toxine tétanique) (RUEMIGER), 107.

Impulsions (Psychose périodique complexe. Délire d'interprétation, psychose excito-dépressive, obsessions et —) (DIDE et CARRAS), 70.

— érotiques (Epilepsie avec —, fétichisme du mouchoir chez un frôleur) (BRIAND et SALOMON), 523.

Impulsions morbides, psychothérapie détournante (BECHTENEFF), 510.

— **oniriques** au suicide (PARIS), 413.

Incontinence nocturne d'urine (Spina bifida occulte et —) (SCHARNKE), 759.

Indes (Maladies mentales aux —) (COUTCHOU), 53.

Index (Syndrome cérébelleux résiduel chez un enfant opéré d'un abcès du cervelet. Prédominance des symptômes au membre supérieur droit. Déviation en dehors dans l'épreuve de l'—) (ANDRÉ-THOMAS), 134.

Indice opsonique élevé et hypersensibilité générale chez les lapins à la manelle (MARE), 44.

Inertie systématique (Stéréotypies: —, perte des notions de temps consécutives à une crise d'alcoolisme aigu) (VALLON), 466.

Infantilisme, deux cas (SENCERT et HAMANT), 250.

— (ZENDEL), 698.

— **hypophysaire** (SOUGUES), 230.

— **rénal** (COMBY), 250.

Infectieuses (MALADIES) (Fugues et suicide par onirisme au cours des —) (POROT), 412.

Infections. V. **Charbonneuse**, **Méningo-encéphalique**.

Inferiorité constitutionnelle, rapports avec l'éducation et le crime (THOMAS), 533.

Influence (DÉLIRE D') (MIGNARD), 511.

Inhibition réflexe du clonus de la rotule (MARIE et FOIX), 496.

— du muscle squelettique (FONDES), 512.

— comme facteur de la coordination des mouvements et des attitudes (SHERRINGTON), 634.

— (Réflexe rythmé produit par excitation réflexe opposée à une —) (SHERRINGTON), 634.

Inhibitions (Localisation des — dans la moelle de la grenouille strychnisée) (SATAKE), 512.

Injections d'iode de sodium et de cacodylate de soude dans les états mélancoliques (CHAMPION), 383.

— de **sérum salcarsanisé in vitro et in vivo** sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et la paralysie générale (MARINESCO et MINKA), 337-347.

— de **tuberculine** dans la paralysie générale (JOUKOWSKY), 662.

— **intra-cranéennes médicamenteuses** (PLICQUE), 660.

— **intra-rachidiennes de mercure** et de **néosalvarsan** dans la paralysie générale (LUBIMOFF), 660.

— (LÉVY-BING), 661.

— (PAGE), 662.

— (MARIE et LEVADITI), 662.

— — de **néosalvarsan** dans la syphilis nerveuse (RAVAUT), 664.

— — de **sulfate de magnésie** dans le traitement de la chorée de Sydenham (FELIZIANI), 210.

— **intraveineuses de sublimé** (Méningite cérébro-spinale diplococcique guérie par les —) (MONDOLFO), 693.

Injections sous-cutanées d'oxygène, guérison rapide des psychoses aiguës (TOULOUSE et PUILLET), 531.

— **sous-dura-mériennes de bromure de sodium** dans le traitement du délirium tremens (KRAMER), 695.

Innervation de quelques muscles de la cuisse dans le réflexe d'essuyage de la grenouille spinale (BERITOFF), 513.

— **radiculaire** des muscles abdominaux (SÖDERBERGH), 629-634.

Insomnie des psychopathes. Recherches sur l'échange des substances puriniques (SANGUINETTI), 379.

Instabilité. V. **Choréiforme**, **Thyroïdienne**.

Instinctives (INVERSIONS) (TASTEVIN), 58.

Insuffisance. V. **Glandulaire**, **Pluriglandulaire**, **Thyroïdienne**.

Intermittente (PSYCHOSE) (Attentat à la pudeur par un dégénéré saturnin, alcoolique, atteint de —) (BRIAND et SALOMON), 537.

Interprétation (DÉLIRE) (Forme associée du —; son autonomie clinique et sa place nosographique) (GONNITI), 69.

—, deux observations (DUCCOTTÉ), 61.

— et psychose maniaque dépressive (MASSELOX), 61.

— (Psychose périodique complexe. —, psychose excito-dépressive, obsessions et impulsions) (DIDE et LARRAS), 70.

— **délirante** (Délire de persécution à base d'—, traversé par des épisodes hallucinatoires d'origine toxique) (VIGOUROUX), 64.

— et **perceptivité cénesthésique** (COURBON), 257.

— **passionnée** (Psychose à base d'—. Idéliste passionné de la justice et de la bonté) (DIDE et LEVÊQUE), 62.

Interprétations et réactions de défense (BLONDEL et PÉLISSIER), 738.

Interprétato-hallucinatoire (DÉLIRE), systématique, chronique, sans affaiblissement dementiel (GALLAIS), 63.

Interprétratrice (Etude d'une —) (LIBERT et DEWAY), 829.

Intoxication acide (Altérations histologiques des centres bulbaire) (LUCIBELLI), 638.

Intoxications. V. **Manganèse**, **Oxyde de carbone**, **Quinique**, **Sulfure de carbone**.

Intra-cranien (ÉPANCHEMENT) dû à la rupture d'un affluent du sinus latéral, suture, guérison (MORESTIN), 195.

— **duraux** (ABCÈS) d'origine otique (AVIGNIER), 214.

— (NÉMATOMES) (BYCHOWSKI), 572.

Invalidité intellectuelle et morale dans les écoles (MAIRET et GAUJOUX), 547, 548.

Inverti. V. **Sexuel**.

Iodure de sodium (Injections d'— et de cacodylate de soude dans les états mélancoliques) (CHAMPION), 383.

Iris, **hétérochromie** (GALEZOWSKI), 359.

Irritabilité de l'arc réflexe dans des conditions asphyxiques (PORTER), 513.

J

- Jackson** (SYNDROME DE) par ramollissement bulbaire (LAIGNEL-LAVASTINE), 486.
Jole (La —. Psychologie normale et pathologie) (TASTEVIN), 54.
Jugement (Etude des processus du — par les méthodes expérimentales psychologiques) (MARJETZKY), 823.
Juifs (Paralysie générale chez les —) (SCHUL), 649.
Jumeaux (Psychose maniaque dépressive chez des —) (PIANETTA), 382.

K

- Karvonen** (RÉACTION DE) pour le diagnostic de la syphilis et de la paralysie générale (VERESS et SZABO), 645.
Korsakow (PSYCHOSE DE —) (LADAME), 443.
Kummel-Verneuil (MALADIE DE) (ROBERT), 430.
Kyste hydatique. V. Cerveau.

L

- Labio-glosso-laryngée** (Méningite syphilitique avec paralysie — complète, mais transitoire d'origine pseudo-bulbaire) (MASSARY et CHATELIN), 281.
Laminectomie simple (Hématomyélie après —) (BADINSKI et BARRE), 784.
Landry (PARALYSIE DE) due à une intoxication par le salvarsan (FLEISCHMANN), 49.
 —, un cas (JONES), 40.
Langage, restauration dans l'aphasie de Broca (DEJERINE et ANDRÉ-THOMAS), 686.
 — articulé chez l'homme normal et chez l'aphasique (FROMENT et MONOD), 687.
 — (TROUBLES) agrammatiques (Fondements psychologiques de la question de l'aphasie) (PICK), 186.
Lange (RÉACTION DE) avec l'or colloïde et le liquide cérébro-spinal (MATZKEVITSCH), 514.
Laryngé supérieur (Nerf —) (RAMADIER et VIGNES), 424.
Lécithine (Médication de l'amblyopie nicotinique par la —) (DE WAELE), 99.
Lenticulaire (NOYAU), dégénération associée à la cirrhose du foie (HENRICI), 97.
 —, calcification partielle (BEAUSSANT), 98.
 — (RAMOLLISSEMENT) et hémiplegie terminale chez un paralytique général (VIGOUROUX et HENRISSON-LAPARRIE), 645.
 — (SYNDROME), rigidité paralysante de l'état de veille (DAVIDENKOFF), 97.
 —, raideur musculaire avec hémitremblement et dysarthrie (PELISSIER et BOREL), 722.
Lèpre, traitement par les injections intraveineuses de salvarsan et les piqûres d'abeilles (GAUCHER et BOINET), 427.
Leucocytaires (Symptômes cérébraux chez un bouledogue associés à l'infiltration — des vaisseaux et des membranes du cerveau et de la moelle) (BATTEN), 356.

- Leucocytes** (Hypersensibilisation thyroïdienne. Les lapins à la manuelle ont très peu de —) (MARRE), 41.
 — (Désintégration des tissus nerveux, rôle des —) (MALEPINE), 230.
 — (Résistance des — dans quelques maladies mentales) (RAMELLA et ZUCCARI), 701.
Lésions traumatiques. V. Cerveau.
Leyden-Möbius (Atrophie musculaire progressive d'origine myopathique, type — à début tardif) (CADE et GOYET), 206.
Ligature. V. Carotide primitive.
Lipodystrophie progressive (WEBER), 373.
Lipoides cellulaires (Méthodes rapides pour la coloration des fibres à myéline. Coloration simultanée des —) (ZIVERT), 173-174.
 — des ovaires (PARHON, DUMITRESCO et NISIPESCO), 368.
 — des glandes génitales, importance dans la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, (PARHON, DUMITRESCO et DAN), 369.
 — de la substance nerveuse (SERONO et PALOZZI), 563.
Lipomatose (Dystrophie endocrino-sympathique; hypogénitalisme avec hémidi-duse de la peau) (BARTOLOTTI), 110.
Liquide. V. Céphalo-rachidien.
Lobes. V. Frontaux.
Localisations. V. Cerveau, Cervelet.
Loi (Défauts de la — actuelle sur les malades psychiques inculpés) (KOPYSTYNSKY), 531.
 — de 1838 (A propos du projet de réforme de la — concernant les aliénés), 331.
 —, le projet de révision (BALLEET), 530.
Luminal dans les états d'excitation et dans l'épilepsie (PADOVANI), 526.
 — dans la pratique psychiatrique (SALERNI), 582.
Lymphocytose (Tabes sans — rachidienne) (WILLIAMS), 519.
Lymphœdème chronique segmentaire (SICARD et HAGUENAU), 588.

M

- Macrogénitosomie précoce** (COLLIN et HEUYER), 729.
Maculateur de statues agissant dans un but philanthropique (BRIAND et SALOMON), 538.
Magma albumineux (Ataxie aiguë à guérison rapide. — d'origine cytologique obtenue par ponction lombaire) (MERLE), 94.
Mains (Poliomyélite affectant les muscles des deux —) (JEWESBURY), 204.
Maladies. V. *Heine-Medin*, *Infectieuses*, *Mentales*, *Sommeil*, *Thomsen*.
Malaria perniciosa, forme cérébrale (PATTERSON), 695.
Mal perforant consécutive à une gelure (ACHARD et LEBLANC), 138.
 — buccal et paralysie générale (CHOMPRET, IZARD et LEGLERCO), 650.
 — plantaire et air chaud (ROZIES), 431.

Manganèse (Intoxication par le —) (JAKSCH), 694.

Maniaque (Puérilisme mental et symptôme de Ganser chez une ancienne —) (LIVET), 417.

— (accès), récidive au bout de vingt-cinq ans (LEBOT), 384.

— (EXCITATION) (Délire systématique modifié par un état aigu d'— avec hallucinations) (KLIPPEL et MALLEY), 64.

— (Luminal dans les états d'—) (PADOVANI), 526.

— **dépressive** (PSYCHOSE), dysthénies périodiques (TASTEVIN), 58.

— et délire d'interprétation (MASSELOX), 61.

— et paranoïa (ESPOSITO), 67.

— et génie littéraire. Dean Swift (REIN), 381.

— chez des jumeaux (PIANETTA), 382.

—, traumatisme, paraplégie (BENON et DENES), 382.

—, valeur pronostique des hallucinations (PEASE), 382.

—, cas (SOKALSKY), 702.

—, association à l'hystérie (SOUKHANOFF), 702.

—, évolution (SOUKHANOFF), 702.

— et hyperthyroïdisme (LAFORA), 703.

Manie et idiotie (BENON), 703.

— **chronique** (BENON et DENES), 384.

Manuel de neurologie, tome V. Neurologie spéciale (LEWANDOWSKY), 561.

Masochisme, étude historique et médico-légale (BRETEILLE), 769.

Médecine des passions (BOIGEVY), 575.

Médoco-légale (Traité de psychiatrie —) (HUNNER), 817.

Mélancoliques (accès) des obsédés douteurs (MARCHANT), 541.

— (DÉLIRÉS) (Influence de l'entourage sur la formule des —) (BRIAND et VINCHON), 383.

— (ÉTATS) (Injections d'iode de sodium et de cacodylate de soude dans les —) (CHAMPION), 383.

Membre inférieur, trophonévrose (DEJERINE et PÉLISSIER), 292.

— **supérieur** (Arrêt de développement du — consécutif à une hémiplegie cérébrale infantile. Epilepsie jacksonienne. Astérogénosie) (PÉLISSIER et KREBS), 153.

— (Monoplogie du — motrice et sensitive, dissociée. Distribution pseudo-radulaire des troubles de la sensibilité) (ANDRÉ-THOMAS et LONG LANDRY), 307.

Membres inférieurs (AFFECTION) mutilante (GUILLAIN et DUBOIS), 298.

— (PARALYSIE) avec exagération des réflexes de défense (FAVORSKY), 814.

Mémoire des faits récents chez les hystériques et les psychopathes (HORWITZ), 433.

Ménière (VRAIE DE), sa nature fréquemment syphilitique. Guérison par le 606. Réaction de Herxheimer (MILIAN), 490.

—, traitement par la fibroslysine ou la thiosinamine antipyrinée (SACO), 705.

Méningé (Grippe à début — avec icère infectieux) (SPILLMANN et BENECH), 364.

Méningé (ÉTAT) (Poliomyélite aiguë chez deux enfants d'une même famille. Paralysies typiques chez l'un, — chez l'autre) (MORICHEAU-BEAUCHANT, GUYONNET et CONDIN), 200.

— au cours du paludisme (PONOT), 204.

— curable chez les enfants (CAMSON), 204.

— (SYNDROME) d'origine syphilitique ayant simulé une affection abdominale (JOLTRAIN), 423.

— subaigu d'origine syphilitique (PIERRET et DUHOT), 424.

— au cours d'une hémorragie cérébrale (LÉVY et GONNET), 505-508.

Méningée (SYMPLISE) fibreuse des lobes frontaux dans un cas de paralysie générale (TRÉNEL), 645.

Méningées (RÉACTIONS) (Relations pathogéniques entre les — de la poliomyélite infantile et la maladie de Heine-Medin) (AGUILAR), 498.

— dans le saturnisme chronique (BOVERT), 204.

Méninges (ANGIOME) vasculaire dans le névus de la face (HEBOLD), 572.

— (CARCINOME) diffuse (MAASS), 205.

— (SARCOMATOSE) diffuse (MARKUS), 516.

— **rachidiennes** (Méningite tuberculeuse simulant la méningite cérébro-spinale chez l'enfant. Lésions très accusées des —) (HALPÉRE), 421.

Méninges (PROCESSUS) (Dosage de l'albume rachidienne, après ponction étagée vertébrale (SICARD et HAGENAU), 590.

— (SYMPTÔMES) (Absès temporo-sphénoïdal avec —) (EMERSON), 754.

Méningite à **paraméningococques** traitée et guérie par le sérum antiparaméningococcique (WIDAL et WEISENBACH), 104.

—, étude clinique et bactériologique (DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et DUMAS), 405.

— à **pneumocoques**, guérie (SAVY et GATÉ), 419.

— **bacillaire**, coagulation massive du liquide céphalo-rachidien (DEBRÉ et PARAP), 761.

— **basale** ou tumeur de la protubérance (REMEDY), 569.

— **canéreuse**, étude anatomo-clinique (HUMBERT et ALEXIEFF), 571.

— **cérébro-spinale** (MORQUIO), 420.

— à forme chronique (DESPEJOLS), 420.

—, herpès, méningococque dans les vésicules (DURAND), 420.

— (Méningite tuberculeuse simulant la — chez l'enfant) (HALPÉRE), 421.

—, contagiosité (DOPTER), 692.

— **diplococcique** guérie par les injections intravéineuses de sublimé (MONDOLFO), 693.

— **éberthiennes** et manifestations méningées de la typhoïde (WEISENBACH), 419.

— **ourlienne**, hydrocéphalie acquise (SICARD), 706.

— **séreuse** circonscrite de la corticalité cérébrale (BACHELIER), 203.

— **ventriculaire** (Pseudo-tumeur cérébrale et —) (FRANÇAIS), 364.

- Méningite subaiguë à bacilles de Pfeiffer** à la suite d'une paralysie spinale aiguë (HAUSHALTER et JACQUOT), 363.
- *suppurée* (DEVAUX et BARAT), 166.
 - *syphilitique* avec paralysie labio-glossolaryngée complète mais transitoire, d'origine pseudo-bulbaire (MASSARY et CHATELIN), 281.
 - et paralysie générale, tréponème dans les méninges (MARINESCO et MINEA), 641.
 - incurable par le mercure, guérie par le salvarsan (WEIL), 762.
 - *tuberculeuse* avec association de méningococque (BÉRIEL et DURAND), 421.
 - *simulant* la méningite cérébro-spinale chez l'enfant (HALPERN), 421.
 - , troubles de l'équilibration (D'ESPINE), 422.
 - à forme ébrieuse (LESAGE), 422.
 - *hémorragique* (VILLARET et DESCOMPS), 422.
- Méningites curables** chez les enfants (COMBY), 363.
- *cervicales* (Cavités médullaires et —) (CAWUS et ROUSSY), 213-225.
 - *optiques* (Méniges optiques et — primitives) (BOUDRIER), 362.
- Méningococque** (Herpès dans la méningite cérébro-spinale. Présence du — dans les vésicules) (DURAND), 420.
- (Méningite tuberculeuse avec association de —) (BÉRIEL et DURAND), 421.
- Méningo-encéphalique** (infection) insolite (da SILVA et DE MELLO), 239.
- Méningo-encéphalite aiguë hémorragique** dans l'infection charbonneuse (FULCI), 761.
- Méningo-encéphalite** chez les hérédo-syphilitiques (PELLEGRINI), 761.
- *syphilitiques*, recherches expérimentales (VANZETTI), 762.
- Méningo-neuro-récidives** (Accidents neuro-méningés du 606. — ou méningo-neuro-rechutes syphilitiques thérapeutiques) (ROGER), 204.
- Méningo-typhus** (PAGAUD), 419.
- Ménopause** (Démence paranoïde survenue après la —) (LEROY), 772.
- Menstruation**, influence sur l'épilepsie (TOULOUSE et MARCHAND), 521.
- Mental** (Examen du fond — dans les démences) (BALLET et GENIL-PERRIN), 388.
- Mentale** (Anomalie), clairs-obscur (VANEY), 419.
- (MÉDECINE), préjugés (VALLET), 700.
- Mentales** (MALADIES) aux Indes (COUCHOU), 58.
- , réaction de Moriz Weisz (DEMOLE), 85-90.
 - (Anatomie pathologique des glandes à sécrétion interne dans quelques formes de —) (GORRIERI), 365.
 - , signification de l'état du liquide céphalo-rachidien (KARPAS), 379.
 - , caractère des relations réciproques héréditaires (UDINE), 528.
 - , urobilinurie (BOUTENKO), 529.
 - , thérapeutique (DAMAYE), 580.
 - , traitement chirurgical (POUSSEP), 581.
- Mentales** (MALADIES), traitement hospitalier précoce (BARNES), 581.
- , résistance des leucocytes (RAMELLA et ZUGGARI), 701.
 - (SÉQUELLES) de l'encéphalite chez l'enfant (LUCAS et SOUTHARD), 238.
- Mentaux** (ÉTATS) *imaginatifs* (TRÉNEL et RAYNIER), 65.
- (SYMPTÔMES) de la chorée aiguë (DIEFENDORF), 207.
 - (TROUBLES) (Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique et —) (MARCHAND et DEPOUY), 42.
 - développés à l'occasion de la grossesse (BOUTET), 460, 389.
 - , amaurose et tabes (BRIAND et VINCHON), 242.
 - dans l'éclampsie (JAMNEL), 440.
 - pendant l'accouchement (KIRCHBERG), 440.
 - , ectopie rénale (PICQUÉ et GEORGHIE), 529.
 - dans l'hémiplégie organique cérébrale (BABINSKI), 845.
- Mercure** (Traitement des affections post-syphilitiques du système nerveux par le — et le salvarsan) (TSHIRJEV), 242.
- dans la paralysie générale (GOUBEAU), 659.
 - en injections intra-rachidiennes dans la paralysie générale (LEVY-BING), 561.
 - (PAGE), 662.
 - en injections intra-rachidiennes dans la syphilis nerveuse (RAVAUT), 664.
- Mercuriel** (Nature du tremblement —) (GUILLAIN et LAROCHE), 255.
- Mescaline** (Action psychique de la — et mécanisme des hallucinations visuelles) (KNAUR et MALONEY), 830.
- Messianisme** d'un faux dauphin (NAUNDORFF) (SÉRIEUX et CAPGRAS), 827.
- Méthode**, V. *Catartique*.
- Microcéphale** (Cerveau d'idiot épileptique —) (JACQUIN et MARCHAND), 165.
- (Idiot — Baptiste) (RIVA), 545.
- Microspsie** au cours d'une paralysie unilatérale de l'accommodation (DEJERINE et SALÈS), 304.
- Microscopiques** (Technique des recherches — sur le système nerveux) (ROUSSY et LHERMITTE), 350.
- (SPIELMEYER), 511.
 - (Substitution de la gélatine au baume dans les préparations —) (EDINGER), 514.
- Microsphygmie** permanente avec débilité mentale chez une femme de 37 ans (VARIOT), 703.
- Migraine** (LÉOPOLD-LÉVI), 51.
- (FLATAU), 351.
 - *ophtalmique* (FROMENT et GENET), 375.
 - *ophtalmoplégique* (CROUZON et CHATELIN), 734.
 - et liquide céphalo-rachidien (SICARD et CAMBESSEDES), 835.
- Migraineuses** (PSYCHOSES) (FORTI), 381.
- Mitochondries** des cellules nerveuses et névrogliques (COLLIN), 25.
- des cellules des ganglions spinaux (COWDRY), 26.
- Moelle** (AFFECTIONS) non traumatiques, traitement radiothérapique (RUPIN), 403.

Moelle (CAVITÉS) et méningites cervicales (CAMUS et ROUSSY), 213-225.

— (COMPRESSION) (Dissociation albumino-cytologique et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de —) (RAVEN), 2.

— par tumeur extra-dure-mérienne : paraplégie intermittente ; opération extractive (BABINSKI, ENRIQUEZ et JUMENTIÉ), 169-172.

— par tumeur extra-dure-mérienne. Valeur localisatrice des réflexes cutanés de défense (BABINSKI et BARRÉ), 262.

— par tumeur. Valeur localisatrice des réflexes cutanés de défense (BARRÉ, DESMARET et JOLTRAIN), 269.

— (Double ponction sus et sous-lésionnelle dans un cas de — : xanthochromie, coagulation massive dans le liquide inférieur seulement) (MARIE, FOIX et BOUTIER), 315.

— (Processus extra ou intra-médullaire : topographie des troubles amyotrophiques et de la zone réflexogène du phénomène des raccourcisseurs) (MARIE et FOIX), 327.

— par tumeur extra-dure-mérienne chez une enfant. Opération, guérison (MARIE, DE MARTEL et CHATELIN), 489.

— (Inhibition réflexe du clonus de la rotule et diagnostic topographique des —) (MARIE et FOIX), 496.

— par anomalie de l'artère vertébrale avec dilatation anévrysmale (SILVAN), 568.

—, ablation d'une tumeur intra-dure-mérienne du canal vertébral (NEWMARK et SHERMAN), 759.

— (Paraplégie crurale par néoplasme extra-dure-mérien. Opération. Guérison) (BABINSKI, LECÈNE et JARKOWSKI), 801-805 et 844.

— Atrophie musculaire intense des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire par ostéosarcome des dernières vertèbres cervicales (MARIE et CHATELIN), 857.

—, conservation de la sensibilité osseuse avec perte de tous les autres modes de la sensibilité (PÉLISSIER et BOREL), 864.

— (DÉGÉNÉRATION) primaire expérimentale (FOSCARINI), 40.

— (DÉGÉNÉRESCENCE) secondaire dans un cas de lésion unilatérale de la moelle cervicale (LONG), 261.

— (Echinocoques) (CIUFFINI), 758.

— (GLIOMATOSE) centrale avec oblitération du canal cérébro-spinal (FINNÉ), 519.

— (LÉSION), réapparition des réflexes (LEWANDOWSKY et NICHOP), 408.

— traumatique, syndrome de Brown-Séquard incomplet. Prédominance des phénomènes d'hyperesthésie (CLAUDE et ROUILLARD), 238.

— (PATHOLOGIE), structure dans le choléra asiatique (MICHAÏLOV), 230.

—, symptômes cérébraux chez un bouledogue associés à l'infiltration leucocytaire des vaisseaux et des membranes (BATTEN), 356.

—, lésions dans quatre cas d'hérédotaxie-cérébelleuse (MARIE et FOIX), 787.

Moelle (PHYSIOLOGIE), localisation des inhibitions de la grenouille strychnisée (SATAKE), 512.

—, fonction vasomotrice (ADEUCCO), 638.

—, expériences sur des mammifères (PHILIPPSON), 684.

— (PLAIE) par balle. Syndrome de Brown-Séquard (DUPRE, HEUYEN et BERGERET), 721, 741-745.

— (SCLÉROSE) (BONOLA), 570.

— (TUBERCULE) (Valeur sémiologique des douleurs à type radiculaire pour le diagnostic des tumeurs intra et extra-médullaires ; remarques à propos d'un cas de —) (JUMENTIÉ et ACKERMANN), 284.

— (TUMEURS), dissociation albumino-cytologique et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic (RAVEN), 29.

— extra-dure-mérienne, compression : paraplégie intermittente, opération extractive (BABINSKI, JUMENTIÉ et ENRIQUEZ), 169-172.

—, compression par tumeur extra-dure-mérienne. Valeur localisatrice des réflexes cutanés de défense (BABINSKI et BARRÉ), 262.

—, compression. Valeur localisatrice des réflexes cutanés de défense (BARRÉ, DESMARET et JOLTRAIN), 269.

— (Valeur sémiologique des douleurs à type radiculaire pour le diagnostic des tumeurs intra et extra-médullaires, remarques à propos d'un cas de tubercule de la moelle) (JUMENTIÉ et ACKERMANN), 284.

—, diagnostic positif et différentiel (OPPENHEIM), 360.

—, chirurgie (OPPENHEIM et BORCHHARDT), 361.

—, localisation. Traitement médical et chirurgical (CASTELLI), 361.

—, spina-bifida latent (BOCCA), 361.

— extra-dure-mérienne, compression de la moelle chez une enfant. Opération, guérison (MARIE, DE MARTEL et CHATELIN), 489.

—, gliomatose centrale avec oblitération diffuse du canal cérébro-spinal (FINNÉ), 519.

— extra-médullaires (BLUMENAU), 519.

Mongoloïde (IDIOTIE) (MORETTI), 515.

Monoplégie brachiale dissociée et astérognosie consécutives à un enfoncement du crâne (PÉLISSIER et REGNARD), 151.

— dissociée double d'origine corticale (REGNARD, MOUZON et LAFPAÏLLE), 838.

— du bras droit et aphasie, ramollissement du pied de la III^e frontale (DEFOUR), 497.

— pure du membre supérieur, motrice et sensitive, dissociée. Distribution pseudoradiculaire des troubles de la sensibilité (ANDRÉ-THOMAS et MME LONG-LANDRY), 307.

Monopolaire (Localisation des excitations par le courant galvanique dans la méthode dite —) (BOURGUIGNON), 409.

Moritz Weisz (RÉACTION DE) dans les maladies mentales (DEMOLE), 85-90.

Morphinomane guérie par un sevrage brusque (BRIAND), 426.

- Mort** dans l'asile de Hall et causes de mort (PLASSELLER), 380.
 — **subite** à la suite d'une ponction lombaire (MINET), 385.
Motilité volontaire (Mécanisme nerveux de la —) (DEADBORN), 684.
Motrices verbales (Voies cérébrales, spécialement voies —) (MINGAZZINI), 411.
Mouche d'étable (Essai de transmission de la poliomyélite au moyen de la —) (SAWYER et HERMS), 199.
Mouches volantes physiologiques et phénomènes entoptiques (SCRINI), 360.
Mouvement (Troubles du — dans la démence précoce) (LAGRIFFE), 772.
 — **de défense** inconscient contralateral provoqué expérimentalement (NOLCA), 402-406.
Mouvements (Inhibition réflexe comme facteur de la coordination des — et des attitudes) (SHERRINGTON), 634.
 — **associés** apparus en dehors de toute paralysie (BURN et CHOW), 565.
 — **choréo-athétosiques**.
 V. **Choréo-athétosiques**.
 — **conjugués** (BABINSKI et JARKOWSKI), 73-76.
 — **de la face** (Insuffisance congénitale des — et des yeux) (GUTHRIE), 765.
 — **forcés** et leur substratum anatomique (MUSKENS), 684.
 — **locomoteurs** (Mécanismes nerveux qui régissent la coordination des — chez les diplopoies) (CLEMENTI), 233.
 — **spasmodiques** (Paralysie pseudo-bulbaire avec — de la face simulant le rire) (ERTINGER), 755.
Moyens de défense chez les persécutés (DUPAIN et PROVOST), 122.
Muscles, inhibition réflexe (FORBES), 512.
 — (Innervation de quelques — de la cuisse dans le réflexe d'essuyage de la grenouille spinale) (BERITOFF), 513.
 — **abdominaux** (Quelle est l'innervation radulaire des —?) (SODERBERGH), 629-634.
 — **extrinsèques de l'œil** (Exophtalmie consécutive à une inflammation des —) (CHEVALLEREAU et OFFRET), 39.
Musculo-cutané (NERF), paralysie (MINGAZZINI), 764.
Mutilante (AFFECTION) des membres inférieurs (GUILLAIN et DUBOIS), 298.
Myasthénie, étude clinique et considérations (ZAMBLER), 191.
 — (Altérations à type Paget des os du crâne. Lésions de certaines glandes à sécrétion interne) (BABINSKI et BARRÉ), 786.
Myasthénique (réaction), signification pathologique dans la névrose traumatique (SALMON), 190.
Mydriase en tant que symptôme objectif de la douleur (PANZACCHI), 234.
Myéline (Méthode de coloration élective de la —; modification de la méthode d'Azoulay) (TINEL), 788.
Myélite métatypique chez un enfant de 4 ans. Bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection (RENAULT et LÉVY), 41.
Myélite syphilitique (LENOUGE), 759.
 — **amyotrophiques**, atrophies musculaires progressives syphilitiques (LÉNI et LENOUGE), 103.
 — **transverse secondaire** à la reviviscence néoplasique maligne d'un thymus persistant (ROCCAVILLA), 41.
 — **infectieuse aiguë** due au virus de la poliomyélite (SACHS), 193.
Myocarde (Lésion syphilitique sclérogommeuse du —, hémorragie cérébrale), (SIMON, FAIRISSE et HANNS), 415.
Myoclonie et épilepsie. Syndrome de Unverricht (AUSTREGESILLO et AYRES), 746-750.
 — **épileptique familiale** (FAZIO), 522.
 — — (SIOLI), 522.
 — **mimique** d'origine émotive (AÏMÉ), 254.
Myoclonies essentielles (MONIZ), 253.
Myocloniques (SYMPTÔMES) dans un cas de sclérose en plaques (GORIA), 570.
Myopathie, électro-diagnostic (DELHERM), 205.
 — **distale** (COCKAYNE), 53.
 — **hypertrophique** (Un cas de —) (CHATIN et NOGIER), 205.
 — **progressive** type facio-scapulo-huméral à un état avancé (PALMER), 52.
 — — (GEORGES et SWYNGHEDAUW), 53.
 — —, atrophie unilatérale du grand dentelé (GAILLARD), 53.
 — —, atrophie musculaire progressive à début tardif (CADE et GOYET), 206.
 — — ou dystrophies musculaires progressives (LAFORA), 763.
Myotonie (GREGOR et SCHILDER), 54.
 — **atrophique** (BRAMWELL et ADDIS), 54.
 — — (KENNEDY), 765.
Myotonique (réaction), syndrome électrique (BARDONNEUX), 685.
Mythomanes (Faux policiers —) (DUPRÉ, ABADIE et GELMA), 535.
Myxœdémateux (Pseudo-tétanos —) (SODERBERGH), 49.
Myxœdème consécutif à une infection aiguë de l'enfance. Intégrité d'une parathyroïde (ACHARD et SAINT-GIRONS), 371.
 — avec trouble particulier de la vue (JANKOWSKY), 372.
 —, association avec l'acromégalie (MILIONI), 372.
 — **spontané**, recherches histologiques (BRUN et MOTY), 372.

N

- Nœvi** avec hémihypertrophie du côté droit et angiomes multiples du côté gauche (ALLAIRE), 252.
 — **multiples** dans un cas d'idiotie épileptique (QUARTO), 523.
Nævus (Hémiplégie avec —) (COCKAYNE), 755.
 — **de la face** (Angiome vasculaire des méninges dans le —) (HEBOLD), 572.
Nagana (Altérations du système nerveux central dans l'infection expérimentale par le —) (GONETTI), 751.
Narcolepsie (DERCUM), 565.

Nasale (Céphalée et névralgies faciales d'origine —) (MOUNIER), 246.

Nègres (Réaction de Wassermann chez les aliénés — de l'Alabama) (IVEY), 656.

Néo-cérébelleuse (Hémiatrophie —) (BRAUWER), 448.

Néof ormation cancéreuse du cerveau (GLOUSHKOFF), 516.

Néoplasme extra-dure-mérien (Paraplégie crurale par —. Opération. Guérison) (BIBINSKI, LECÈNE et JARKOWSKI), 801-805, 844.

Néosalvarsan. Névrite optique améliorée (LEFAUCHEUR), 38.

—, névrite optique en période secondaire deux mois après un traitement (MILIAN), 38.

—, traitement de la chorée de Sydenham (TALENT), 210.

— en injections intra-rachidiennes dans la syphilis nerveuse (RAVAUT), 664, 705.

Néphrite interstitielle (Adévisme de l'artère vertébrale et — chez une jeune femme. Syphilis probable) (BABONNEIX), 33.

Nerfs (BLOCAGE) substitué à l'anesthésie générale dans les opérations chirurgicales (HARRIS), 764.

— (DÉGÉNÉRESCENCE) wallérienne (Histochimie du nerf : la nature de la —) (FEISS et CHAMER), 752.

— (LÉSION) par alcoolisation expérimentale chez le lapin (BÉRIEL et DEVIC), 353.

— (PATHOLOGIE) (Altérations de l'excitabilité électrique neuromusculaire dans les lésions périphériques du — homologue) (GHILARDUCCI), 43.

— (PHYSIOLOGIE), excitation double (OZORIO), 188.

— des — terminaux chez les sélagiens (KRZYSZKOWSKI), 188.

— Localisation de l'excitation dans la méthode dite monopolaire chez l'homme. Pôles réels et pôles virtuels dans deux organes différents (BOURGUIGNON), 553-558 et 587.

—, modifications morphologiques du nerf excité (STUBEL), 751.

— Le décrement de l'onde d'excitation dans le nerf en asphyxie (LODHOZ), 752.

— (La différence des nerfs myéliniques centripètes et centrifuges se manifeste-t-elle par des différences dans leur vitesse de conduction?) (LENNINGER), 752.

— Fatigue des nerfs à myéline de la grenouille (TIGERSTEDT), 753.

—, résistance comparée des nerfs et des muscles de la grenouille à la compression mécanique (FREDENICQ), 754.

— (RÉGÉNÉRATION) chez les mammifères (RODIO), 92.

— du péronier chez le rat blanc. Nombre et calibre des fibres du nerf régénéré (GREENMANN), 564.

—, recherches (FEISS), 753.

— V. Centripètes, Craniens, Cubital, Laryngé supérieur, Musculo-cutané, Péronier, Terminaux.

Nerveuse (ACTIVITÉ) supérieure (PAWLOW), 637.

Nerveuse (SUBSTANCE), ses lipoides (SENONO et PALOZZI), 563.

Nerveuses (AFFECTIONS) basées sur l'existence de côtes cervicales (KRABBE), 431.

—, abolition du réflexe cornéen (WOLFF), 408.

— — déterminées par le paludisme (LAFORA), 695.

— (FORMES) d'une nouvelle trypanosomiase. Trypanosoma Cruzi inoculé par triatoma magista (CHAGAS), 95.

— (MALADIES), signification de l'état du liquide céphalo-rachidien (KAPKA), 29.

— — (KARPAS), 379.

—, traitement orthopédique (BIESALSKI), 561.

—, traitement hospitalier précoce (BARNES), 561.

— (MANIFESTATIONS) de l'hérédosyphilis (PERNAMBUCANO), 237.

— (SECTIONS) chez les cénestalgiques (SICARD et HAGUENAU), 707.

— (SÉQUELLES) de l'encéphalite chez les enfants (LUCAS et SOUTHARD), 238.

Nerveux (ACCIDENTS) dans la maladie du sommeil (ANDRIEU), 442.

— (CENTRES), anatomie clinique à l'usage des médecins et des étudiants (MINGAZINI), 24.

— et plomb (LEREBoullet et FAURE-Beaulieu), 240.

— (Nouvelle méthode pour produire des lésions expérimentales des —) (BERTOLANI), 509-510.

— (MÉCANISMES) de la motilité volontaire (DEADBOHN), 684.

— qui régissent la coordination des mouvements locomoteurs chez les diplopodes (CLEMENTI), 233.

— (SYMPTÔMES) (Explication psychologique individuelle d'un —) (BIRSTEIN), 768.

— (SYNDROMES) déterminés par les anévrysmes de l'artère sous-clavière (MAGAUD), 44.

— de l'anémie pernicieuse (RIGGS), 427.

— (SYSTÈME) et syphilis (COLLINS), 33.

— (Relation possible entre des affections organiques du — et la maladie de Reigg) (COLLINS), 109.

— (Syphilis en neuropathologie; étude des lésions du — de lapins syphilitisés) (STEINER), 231.

— (Tabes ataxique et traitement des affections post-syphilitiques du — par le mercure et le salvarsan) (TSHINJEW), 242.

—, techniques anatomo-pathologiques (ROUSSY et LHERMITTE), 350.

— dans trois cas de myxœdème spontané (BRUN et MOTT), 372.

— dans l'urémie simulant la paralysie du vague (SILVAN), 426.

— de lapins syphilitiques, recherches histopathologiques (STEINER), 427.

—, prédisposition pathologique (OBERSTEINER), 435.

—, anatomie (STERZI), 511.

—, Technique des recherches microscopiques (SPIELMEYER), 511.

—, anatomie pathologique de la cysticercose (ALFREYEVSKY), 517.

—, lésions dans l'anémie (KAUFFMANN), 563.

- Nerveux** (ACCIDENTS), lésions infantiles et familiales parasyphilitiques (KOEVENKOFF), 644.
 — —, traitement de ses affections syphilitiques (BAEIN), 663.
 — — par les injections intra-rachidiennes (RAVAVT), 664.
 — —, traitement par le salvarsan (SCHALLER), 665.
 — — (WEISENBURG), 666.
 — — et poisons métalliques (MOLEEN), 694.
 — —, altérations dans l'infection expérimentale par le nagana (GORETTI), 751.
 — — (Dystrophie musculaire hypertrophique combinée à la dégénération du —) (CAMF), 765.
 — — (CHIRURGIE), technique opératoire (DE MARTEL), 704.
 — — (TISSU), désintégration, rôle des leucocytes (MALESPINE), 230.
 — — (TRONCS) (Réactions électriques des — dans l'atrophie musculaire Charcot-Marie et dans la névrite interstitielle hypertrophique) (SOUGRES et DUHES), 866.
 — — (TROUBLES) chez les tuberculeux pulmonaires (DE MURALT), 55.
 — — fonctionnels et théorie de Freud (LIASSE), 520.
Nervosité (Caractère et —) (KOLLARITS), 376.
Neurasthénie chez l'enfant (PAUL-BONCOUR), 545.
 — —, traitement (JUARRAS), 574.
 — — et tuberculose. Pseudo-neurasthénie tuberculeuse (DE BLOCK), 574.
 — — et exagération de l'émotivité (PERSHINE), 574.
Neuro-arthritis et glandes endocrines (LÉOPOLD LEVI), 50.
Neurofibromatose (Tumeur palpébrale et paralysie oculaire dans la —) (AUBINEAU et CIVEL), 400.
Neurologie (Valeur de la théorie de la dissociation dans la —) (KOHLEN), 442.
 — — (Temps nouveaux en —) (BULLARD), 235.
 — — (Manuel de —. Tome V. Neurologie spéciale) (LEWANDOWSKY), 561.
Neurologique (Travaux de l'Institut — de Vienne) (OBERSTEINER), 24.
Neurolyse ganglionnaire du trijumeau (Syndrome de Horner consécutif à la — au cours de la névralgie faciale) (SICARD et GALEZOWSKI), 99.
Neuroméninges (ACCIDENTS) précoces et tardifs du 606. Méningo-neuro-récidives ou méningo-neuro-rechutes syphilitiques thérapeutiques (ROGER), 204.
Neuromusculaire (Syndrome de débililité —) (SIKORAY), 236.
Neuropathologie (Syphilis en —; étude des lésions du système nerveux de lapins syphilitisés) (STEINER), 231.
 — —, tendances biochimiques (JOUCHTENKO), 435.
Neuro-psychique (ACTIVITÉ) (BECHTEREW), 408.
Neuro-récidives consécutives aux injections de salvarsan (CARLE), 203.
 — — (EMERY et BOURDIEN), 666.
Névralgie du ganglion sphéno-palatin, étiologie, diagnostic, pronostic et traitement (SLUDER), 693.
 — **faciale** (Syndrome de Horner consécutif à la neurolyse ganglionnaire du trijumeau au cours de la —) (SICARD et GALEZOWSKI), 99.
 — — (Particularités cliniques et diagnostiques de la — idiopathique et sympathique) (LAPINSKY), 245.
 — — d'origine nasale (MOUNIER), 246.
 — — ou tic douloureux, étiologie, traitement clinique (SHIELDS), 693.
 — —, traitements électriques (COTTENOT), 694.
 — — du plexus brachial (RAMOND et DURAND), 694.
 — — radiale des automobilistes (CHARTIER), 424.
Névralgiques (PSYCHOSES) (FORLI), 381.
Névrite ascendante (ZALLA), 763.
 — **interstitielle hypertrophique** avec atrophie musculaire type Charcot-Marie (NAZARI et CHIARINI), 763.
 — — — (Réactions électriques des troncs nerveux dans l'atrophie musculaire Charcot-Marie et dans la —) (SOUGRES et DUHES), 866.
 — **optique**. V. Optique.
 — **périphérique**. (Ataxie par —, névrite sensitive) (DEJERINE et JUMENTIE), 464.
Névrogliques (CELLULES), mitochondries (COLLIN), 25.
Névrome d'amputation (DUSTIN et LIPSENS), 762.
 — **de l'acoustique** (ABRAHAMSON), 757.
Névropathes, nouveau symptôme objectif spécifique (PANCRAZIO), 817.
Névrose de torsion. Dystonie musculaire déformante d'Oppenheim (ABRAHAMSON), 375.
 — **vasomotrice** (Basedowisme ou —) (ALQUIER), 393-401.
Névroses (Relations entre les affections gynécologiques et les —) (GRAVES), 574.
 — **des enfants**, mode de développement et traitement (ROSENBLUTH), 766.
 — **gastriques** (Réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic des —) (LOEPPER et MOUGROT), 444.
 — — (Enervement, anxiété périodique et —) (BENON), 447.
 — **traumatiques**, signification pathologique de la réaction myasthénique (SALMON), 490.
 — — (Les —) (BENON), 374.
 — —, Conséquences des lésions de la tête (NEEL), 375.
 — — (THORNBURN), 574.
Névrosiques post-traumatiques (Traité clinique et médico-légal des troubles —) (BENON), 576.
Nicotinique (Médication de l'amblyopie — par la lécithine) (DE WAELE), 99.
Nouveau-né, hémorragies méningées (THIBAUT), 203.
 —, vie sensorielle (CANESTRINI), 332.
Noyau. V. Caudé, Hypoglosse, Lenticulaire, Racine spinale.
Noyaux gris centraux (Calculifications partielles des —) (BEAUSSANT), 98.

Nucléinate de soude dans la paralysie générale (JURMANN), 661.

Nystagmiques (Secousses — dans le syndrome de Basedow) (SAINTON), 47.

O

Obésité (Spondylose rhizomélisque et — traitées par la gymnastique électrique) (LABBÉ, LAQUERRIÈRE et NUYTEN), 429.
— infantile du type adipo-génital (MORRIGAND), 251.

Obsédantes (Paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psychomotrices verbales — avec tendance au suicide) (BOREL et CEILLIEN), 503.

Obsédants (ÉTATS) traitement par la psychothérapie détournante (BECHTEREW), 540.

Obsédés douteux, accès mélancoliques (MARCHAND), 541.

Obsession émotive et délire d'influence (MIGNARD), 541.

Obsessions (Psychose périodique complexe. Délire d'interprétation, psychose excito-dépressive, — et impulsions) (DIXE et CARRAS), 70.

—, **Scrupules**. Délits intentionnels (CLÉRAMBAULT), 541.

Obstétricale (Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine —) (BONNAIRE, LÉVY-VALENSI et VIGNES), 499.

— (Traitement chirurgical de la paralysie brachiale —) (TAYLOR), 764.

Obstétrique (Anesthésie spinale en —) (BABCOCK), 387.

— (GELHORN), 387.

Occipital (SYNDROME) avec dyspraxie complète surajoutée (DIXE et PEZET), 412.

Oculaire (PARALYSIE) (Paralysie verticale du regard) (DEJERINE et PELISSIER), 607.

Oculaires (GLOBES) (Poids des viscères abdominaux et thoraciques, des glandes sexuelles, des glandes à sécrétion interne et des — selon le poids du corps) (HATAI), 353.

Oculo-cardiaque. V. *Réflexe oculo-cardiaque*.

Oculo-moteur commun (Paralysie oscillante de l'—) (ZAMORANI), 38.

— **externe** (Tubercule solitaire du bulbe; paralysie de l'— et du facial) (SIMON et FAIRISE), 37.

Oculo-symphathiques (Syndromes —) (BEAUVIEUX), 400.

Œdème congénital familial des extrémités inférieures (BOKS), 766.

Œdèmes et polyuvérites observés chez les tirailleurs noirs au Maroc (JULLIEN), 43.

Omplates aîlées physiologiques (HNATEK), 51.

Onirique (DÉLIRE) chez un débile (DE MAY), 543.

Oniriques (ÉTATS) d'origine émotionnelle dans le quartier psychiatrique de l'hôpital de la Charité à Berlin (POWERS), 443.

— (IMPULSIONS) au suicide (PARIS), 443.

Onirisme (Fugues et suicide par — au cours des maladies infectieuses) (PONOT), 442.

Ontogénèse (Etude de l'achondroplasie. Interprétation des variétés morphologiques basée sur l'—) (BERTOLOTTI), 248.

Ophthalmoplégique. V. *Migraine ophthalmoplégique*.

Opothérapie. V. *Pinéale*.

Opothérapiques (TRAITEMENTS) et migraine (LEOFOLD-LEVI), 51.

Oppenheim (MALADIE D'). V. *Amyotonie congénitale*.

Opsonique (Pouvoir — du sérum sanguin. Résistance des leucocytes dans quelques maladies mentales) (RAMELLA et ZUCCARI), 701.

Optique (ATROPHIE) (Paraplégie spasmodique congénitale avec —) (HICHENS), 571.
— (NÉVRITE) en période secondaire deux mois après un traitement par le néosalvarsan (MILIAN), 38.

— — améliorée par le néosalvarsan (LEFAUCHEUR), 38.

— — monolatérale de forme particulière chez une tuberculeuse (CHEVALLEREAU), 360.

— — (Tumeur épithéliale primitive de la face arbitraire du lobe frontal droit avec hémianopsie et —) (LAIGNEL-LAVASTINE), 789.

Optiques (LÉSIONS) (Persistance du réflexe photomoteur dans un cas d'amaurose par — et rétinienes dues à une intoxication quinique) (MAGITOR), 400.

— (MÉNINGES) et méningites optiques primitives (BOURDIER), 362.

Orbitaire (TRAUMATISME) (Signe d'Argyll-Robertson par —) (VELTER), 39.

Orbite (TRAUMATISME), signe d'Argyll unilatéral, pas de syphilis (VINCENT), 866.

Orbito-oculaires (TRAUMATISMES), tétanos consécutif (VINSONNEAU), 39.

Or colloïde, réaction de Lange (MATEKEVITSCH), 514.

Orthopédique (Traitement — des maladies nerveuses) (BIESALSKI), 561.

Os (CANCER) *métastatique* et *ostéoplastique* secondaire à un cancer du sein chez une aliénée (ARIMOLES et LEGRAND), 115.

Osseuse (SENSIBILITÉ) (Conservation du sens des attitudes segmentaires, de la sensibilité à la pression et du sens de discrimination profond avec perte de la — chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle) (JUMENTIE et CEILLIEN), 848.

—, conservation avec perte de tous les autres modes de la sensibilité dans un cas de compression médullaire (PELISSIER et BOREL), 864.

Ostéomalacie et psychose (SCHEER), 115.
—, ses causes (BONNAMOUR et BADOLLE), 696.

—, syndrome de décalcification osseuse (BONNAMOUR et BADOLLE), 697.

Ostéomes du cerveau (KRON), 515.

Ostéosarcome (Atrophie musculaire des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire par — des dernières vertèbres cervicales) (MARIE et CHATELIN), 857.

- Otique** (Absès intra-duraux d'origine —) (AVINIER), 244.
 — (Absès du cervelet d'origine —) (FORGUE et RAUZIER), 755.
Otite moyenne, influence sur le cours de certains troubles psychiques (ILINE), 380.
Ourlienne (MÉNINGITE), hydrocéphalie acquise (SICARD), 706.
Ovaire, association fonctionnelle avec la thyroïde (BATTEZ), 45.
 —, lipoides (PARHON, DEMITRESCO et NISSIPESCO), 368.
 —, effets produits par les rayons X (LACASSAGNE), 369.
Ovario-greffe (TUSSEAU), 370.
Ovaro-thyroidiens (SYNDROMES) (LEOPOLD-LEVI), 46.
Oxydatifs (PROCESSUS) chez les animaux marins par rapport à la température (MONTUORI), 232.
Oxyde de carbone (INTOXICATION) (TRUELLE), 425.
 —, psychose consécutive (O'MALLEY), 441.
 —, troubles intellectuels avec apraxie consécutifs (BRIAND et SALOMON), 441.

P

- Pachyméningite cérébrale-hémorragique** (CIARLA), 244.
 — **cervicale hypertrophique** (TINEL et PAFADATO), 244, 245.
 — **localisée** (Ramollissement hémorragique du cervelet, du pédoncule cérébelleux supérieur, de la circonvolution de l'hippocampe, phlébite et thrombose de la veine basilaire droite, —) (BEAUSSANT), 36.
Paget (MALADIE DE). Réaction de Wassermann négative (ALFRED-KHOURY), 697.
 — (Myasthénie. Altérations à type — des os du crâne. Lésions de certaines glandes à sécrétion interne (BABINSKI et BARRE), 786.
Palilalie chez une pseudo-bulbaire (DUPRÉ et LE SAVOUREUX), 453.
Palpébrale (TUMEUR) et paralysie oculaire dans la maladie de Recklinghausen (AUBINEAU et CIVEL), 100.
Paludisme, état méningé (POROT), 204.
 — (Affections nerveuses déterminées par le —) (LAFORA), 695.
Panophtalmie métabolique et rétinite septique (CANTONNET), 40.
Pantopon en psychiatrie (PIAZZA), 582.
Papyrophagie familiale (BOSCHI), 433.
Paralysie faciale (Tubercule solitaire du bulbe; — et paralysie du moteur oculaire externe) (SIMON et FAIRISE), 37.
 — et zona cervical (SOUQUES), 625-623, 736.
 — de la branche supérieure (GORDON), 763.
 — **infantile** à forme paraplégique. Atrophie du bassin (ACHARD et LEBLANC), 140.
 — (Etude de la —) (CANAT), 201.
 — **oculaire** par tubercule du bulbe (SIMON et FAIRISE), 37.
Paralysie oculaire, paralysie oscillante de l'oculo-moteur commun (ZAMORANI), 38.
 — (Tumeur palpébrale et — dans une maladie de Recklinghausen) (AUBINEAU et CIVEL), 100.
 —, Paralysie verticale du regard (DEJERINE et PÉLISSIER), 607.
 — **périodique** (Un cas de migraine ophtalmoplégique. —) (CROUTON et CHATELIN), 734.
Paralysie générale (Emploi des injections de sérum salvarsanisé sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et la —) (MARINESCO et MINEA), 337-347.
 — (Démence épileptique à forme de —) (MAILLARD et ALAÏOUCANINE), 503.
 — chez un épileptique (MAILLARD et ALAÏOUCANINE), 503.
 — ayant débuté par des hallucinations psychomotrices verbales obsédantes avec tendance au suicide (BOREL et CEILLIER), 503.
 —, tréponème dans le cerveau (NÔGUCHI), 640.
 — (MOORE), 641.
 — (MARINESCO et MINEA), 641.
 — (MARIE, LEVADITI et BANKOWSKI), 641, 642.
 —, Méningite syphilitique associée. Tréponème dans les méninges (MARINESCO et MINEA), 641.
 —, Présence constante du tréponème dans le cerveau des paralytiques morts en ictus (MARIE, LEVADITI et BANKOWSKI), 642.
 —, Tréponème dans le sang (LEVADITI et DANULESCO), 643.
 —, démonstrations du tréponème dans le cerveau chez le vivant (BÉRIEL et DURAND), 643.
 —, Relations du tréponème avec les lésions cérébrales (MARINESCO et MINEA), 643.
 —, constatations anatomo-pathologiques (MARKUS), 644.
 —, lésions parasymphilitiques familiales (KOJEVNIKOFF), 644.
 — (Les lapins peuvent-ils être infectés de syphilis en partant du sang des —?) (GRAVES), 644.
 —, réaction de Karvonen pour le diagnostic (WERESS et SZABO), 645.
 —, symphyse méningée fibreuse des lobes frontaux (TRENEL), 645.
 —, ramollissement du noyau lenticulaire et hémiplegie terminale (VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE), 645.
 —, tuberculose des surrénales et gomes du foie (VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE), 645.
 — (Différence entre le sérum sanguin des — et des déments précoces dans leur rapport avec la production d'hémolysines immunisantes) (BENEDEK et DEAK), 646.
 —, coefficient uréo-sécrétoire d'Ambrard (OBREGIA, URECHIA et POPEIA), 647.
 —, difficultés du diagnostic (HANNARD, SOULAS et LOTTE), 647.

Paralysie générale, diagnostic de l'épilepsie (VIGOUROUX), 648.

- , tabes et alcoolisme chronique, diagnostic différentiel (PFLUGER), 648.
- , condamnés en pleine démence (DUPRÉ et MARMIER), 648.
- , chez les juifs (SICHEL), 649.
- , éruption cutanée syphilitique (MARCHAND), 649.
- , aortite (VIGONI), 649.
- , mal perforant buccal (CHOMPRET, IZARD et LECLERCQ), 650.
- , psychose toxique grave; ses rapports avec la — (DAMAYE), 650.
- , (Tremblement analogue à la paralysie agitante dans la —) (KRABBE), 650.
- , (Cas de —) (BROWN), 651.
- , et maladie d'Addison (ASCHANINE), 651.
- , (Arriération intellectuelle congénitale transformée en —) (DAMAYE et MARCHAND), 651.
- , Etat mental et évolution (JACQUES), 652.
- , forme asthénique (BENON et CIER), 654.
- , (CIER), 654.
- , et traumatisme (PARIS), 654.
- , (GATTI), 655.
- , Réaction de Wassermann et salvarsan (SICARD et REILLY), 656.
- , Mort après convulsions épileptiformes chez un — traité par le salvarsan (LEHEDDE et JANIN), 657.
- , emploi des injections de sérum salvarsanisé *in vivo* et *in vitro* dans l'arachnoïde spinale et cérébrale (MARINESC et MINCA), 658.
- , traitement par le salvarsan (RAECKE), 658.
- , nature, diagnostic, pronostic et traitement (BALL), 658.
- , traitement par injection de sérum salvarsanisé sous la dure-mère cérébrale (LEVADITI, MARIE et DE MARTEL), 658.
- , (MYERSON), 658.
- , traitement mixte (GOUBEAU), 659.
- , injections intracrâniennes (PLICQUE), 660.
- , traitement par l'arséno-benzol (LE REDDE), 660.
- , injections dans la cavité cérébro-spinale (LUBIMOFF), 660.
- , traitement par le procédé combiné (LHINE), 661.
- , traitement par le nucléinate de soude (JURMANN), 661.
- , insuccès du traitement préventif (SALIN et AZEMAN), 661.
- , injections intrarachidiennes de sels mercuriels (LEVY-BING), 661.
- , traitement par les injections de tuberculine (JORKOWSKY), 662.
- , méthode pyrogénétique (FRIEDLÄNDER), 662.
- , injections intra-rachidiennes de mercure (PAGE), 662.
- , injections intra-rachidiennes de néo-salvarsan (MARIE et LEVADITI), 662.
- , juvénile avec autopsie (LAIGNEL-LAVASTINE et JACQUIN), 167.

Paralysie générale post-tabétique. Atténuation des phénomènes somatiques, aggravation des phénomènes démentiels (LUCANGELI), 652.

- , prolongée ou démence précoce (CAPGRAS et MOREL), 653.
- , saturnine (MARGAROT et MARCHAND), 653.
- , sénile (PUILLET), 652.
- , tabétique (Tremblement clonique à prédominance unilatérale au cours d'une —) (MARCHAND et PETIT), 650.
- , genèse d'une rémission (ANTHEAUME et PIQUEMAL), 655.

Paralysies. V. *Accommodation, Branchiale, Bulbaire, Cordes vocales, Crâniens (nerfs), Diphtérique, Familiale spasmodique, Hypertrophique, Hypoglosse, Labio-glosso-laryngée, Landry, Membres inférieurs, Musculo-cutanée, Oculaire, Oculomoteur commun, Pseudo-bulbaire, Racines (chirurgie), Radiale, Radiculaire, Récurrentielle, Respiratoires, Saturnine, Spinale, Vague*.**Parameningococques** (Méningites à — traitée et guérie par le sérum antiparameningococcique) (WIDAL et WEISSEN-BACH), 104.

- (Méningites à —. Etude clinique et bactériologique) (DEJARRIC de LA RIVIÈRE et DUMAS), 105.

Paramyoclonus épileptique (LOMBARDO), 522.**Paranoïa** et psychose maniaque dépressive (ESPOSITO), 67.

- et psychose périodique (BESSIÈRE), 68.
- et syndrome paranoïde (FORLI), 68.
- , nosographie (RIVA), 67.
- , position nosologique (FRANCHINI et CAPPELLETTI), 68.

Parantile (ROUBINOVITCH), 122.**Paranoïde** (Démence —) (LUSTRITZKY, 540.

- (Démence — survenue après la ménopause) (LEROY), 772.
- (ÉTAT) (ISHAM), 68.
- (SYNDROME) (Paranoïa et —) (FORLI), 68.

Paranoides (PSYCHOSES) (CHAIKOVITCH), 540.**Paraphasie** (Cécité, surdité verbale et —) (FROMENT et DEVIC), 410.**Paraphrénies** (SOUKHANOFF), 771.**Paraplégie**, traumatisme et dysthénie périodique (BENON et DENÈS), 382.

- crurale par néoplasme extra-dure-mérien. Opération. Guérison (BABINSKI, LECÈNE et JARKOWSKI), 801-805 et 844.

- intermittente (Compression de la moelle par tumeur extra-dure-mérienne. —, opération extractive) (BABINSKI, ENRIQUEZ et JUMENTIE), 169-172.

spasmodique (HICHENS), 571.

- hérédito-syphilitique (MARFAN), 362, 760.

Parasyphilitiques (Lésions infantiles et familiales, du — du système nerveux) (KOJEVNIKOFF), 641.**Parathyroïdectomie** (Thyroïdectomie après —) (LE PLAY), 45.**Parathyroïdes** (Rapports entre thyroïde et —) (LE PLAY), 45.

- Parathyroïdes** (Les glandules —) (LAI-
GNE-LAVASTINE et DUHEM), 45.
— chez les aliénés (LAI-
GNE-LAVASTINE et
DUHEM), 45.
— (Myxœdème consécutif à une infection
aiguë de l'enfance. Intégrité d'une —)
(ACHARD et SAINT-GIRONS), 371.
Paresse pathologique (HAURY), 535, 577.
Pariéto-temporal (LOBE) (Phénomènes
dits apraxiques avec lésion du —) (MARIE
et FOIX), 275.
— — (Aphasie de Wernicke et apraxie
idéatoire avec lésion du — gauche) (LE-
MOS), 878.
Parkinson (MALADIE DE), UN CAS (DE PI-
RAINO), 254.
—, pathogénie et étiologie (GAUTHIER), 254.
—, pathogénie et étiologie (GAUTHIER),
254.
— (Tremblement unilatéral) (COLLIER),
254.
— et goitre (SCHÖTT), 575.
— (Séro-réaction d'Abderhalden avec la
glande thyroïde dans le syndrome de —)
(PARHON et MILLE PARHON), 618.
— (Tremblement analogue à la pa-
ralysie agitante dans la paralysie gé-
nérale) (KRAUSE), 650.
Parole (Mouvements choréo-athétosiques
ayant débuté par un torticolis convulsif
et accompagnés de trouble de la —)
(CHATELIN et MEIGRE), 295.
— (Méthode d'investigation expérimentale
de la fonction de la — et application à
la psychologie) (SKORODOUOFF), 377.
— (TROUBLES, zéaïsme négligé. Cas et
traitement (SWIFT), 431.
— (Impossibilité transitoire d'exprimer
la pensée par la — et l'écriture. Lésion
tuberculeuse localisée sur le pied de la
frontale ascendante, effleurant le pied de
la III^e circonvolution frontale gauche.
Aphasie par amnésie verbale) (DUPOUX et
LEGRAS), 584.
Parrot (PSEUDO-PARALYSIE) à siège anor-
mal (BONNET et GARNIER), 427.
Parturiente, hémorragie méningée (EU-
ZIERE et BONNET), 243.
Passionné (Idéaliste — de la justice et
de la bonté) (DIDE et LEVÊQUE), 62.
Passions (Introduction à la médecine
des —) (BOIGEY), 575.
Pathographie de la dynastie Julienne-
Claudienne (KANNGIESSER), 701.
Peau, lignes hyperesthésiques (CALLIGA-
NIS), 235.
Pédonculaire (SYNDROME) *particulier* de
la calotte —. Troubles cérébelleux et
agnosie (CLAUDE et QUERCY), 840.
Péduncule cérébelleux supérieur (Tuber-
culose. Ramollissement hémorragique du
cervelet, du —, de la circonvolution de
l'hippocampe à droite; phlébite et throm-
bose de la veine basilaire droite, pachy-
méninque localisée) (BEAUSSANT), 36.
— *cérébral* (Tuberculose. Ramollissement
hémorragique du cerveau, du pédon-
cule cérébelleux supérieur, du —, de la
circonvolution de l'hippocampe à droite,
phlébite et thrombose de la veine basi-
laire droite) (BEAUSSANT), 36.
Péduncule cérébral droit, lésion de la
partie supérieure (WEISENBURG), 569.
Pellagre, morphologie du sang (KOT-
ZOWSKY), 695.
Pellagreu (Pathogénie du typhus —)
(KOTZOWSKY), 695.
Pellagroïde (SYNDROME —) (MALFILATRE
et DEVAUX), 442.
Pénitentiaires (PSYCHOSES —) (COSTE-
DOAT), 531.
Perceptions visuelles. Vision binocu-
laire, vision monoculaire (ERRA), 353.
Périarthrite rhumatismale chronique
consécutive à un zona et localisée dans
le territoire de l'éruption (GUILLAIN et
ROUTIER), 407.
Périodicité chez l'homme (OBERNDORF),
354.
Périodique (PSYCHOSE) (Paranoïa et —)
(BESSIÈRE), 68.
— — *complexe*. Délire d'interprétation,
psychose excito-dépressive. Obsessions
et impulsions (DIDE et CARRAS), 70.
Péroné (Pseudarthrose du — droit. Sco-
liose par inégalité des membres infé-
rieurs (BROCA), 252.
Péronier (NERF), régénération chez le rat
blanc (GREENMANN), 564.
Péroniers (ATROPHIE) (TAYLOR), 52.
Persécutées (Deux sœurs — possédées.
Hallucinations de la vue et de l'ouïe.
Hallucinations psychomotrices et de la
sensibilité générale) (ALLAMAN), 544.
Persécuté persécuteur (DÉLIRE D'UN
—) (MALFILATRE et PIQUEMAL), 68.
— (Accès confusionnels chez un —) (ADAM),
122.
Persécutés (Moyens de défense chez les
—) (DUPAIN et PROVOST), 122.
Persécution (DÉLIRE DE) à base d'inter-
prétations délirantes, traversé par des
épisodes hallucinatoires d'origine toxi-
que (VIGOUROUX), 64.
— d'origine alcoolique (ROBILLOT),
578.
—, alcoolisme chronique, tabes (WALLON
et LANGLE), 739.
— — *infantile* (ROUBINOVITCH), 122.
Personnalité (DISSOCIATION) et halluci-
nations (BALLET et MALLEY), 117.
— et psychose hallucinatoire chronique
(BALLET), 118.
Perversions. V. *Instinctives, Sexuelles*.
Pharyngée (Syndrome hémibulbaire.
Hémi-anesthésie alterne avec dissociation
thermo-analgésique, triade oculo-papil-
laire sympathique unilatérale, hémiplé-
gie palato —) (DEHOT), 37.
Pharyngo-laryngées (Psychopathies
—) (COLLET), 434.
Phénol, action sur les zones non excita-
bles de l'écorce cérébrale du chien
(AMANTEA), 93.
Phénomène de l'avant-bras de Lévi (TEL-
XEIRA-MENDES), 348-349.
— de *Lévy*. Élévation de la pression
sanguine par flexion de la tête en avant
pour le diagnostic de l'artério-sclérose
cérébrale (BENDER), 354.
Phénomènes. V. *Hémi-anopsiques, Rac-
courcisseurs*.

- Phobie à systématisation délirante** (ROQUES DE FURSAC et DUPOUY), 542.
 — *professionnelle* chez un prêtre (SAINTON), 542.
- Physiopathologie des lobes frontaux** (CURTI), 355.
- Pied de la III^e circonvolution frontale gauche** (Aphasie motrice et paralysie du bras droit. Ramollissement du —) (DUFOUR), 497.
- Pinéale** (Fonctions de la —, expériences et essais d'opothérapie pinéale) (DANA, BERKELEY, GODDART et CORNELL), 366.
 — V. *Epiphysaire*.
- Pinel**, notes inédites (SEMELAIGNE), 120.
- Piqure des centres** (Fièvre par — comme expression du pouvoir régulateur thermique) (FREUND), 635.
- Piqures d'abeilles** (Traitement de la lépre par les injections intraveineuses de salvarsan et les —) (GAUCHER et BOINET), 427.
- Pithiatisme** (Le —. Comment comprendre l'hystérie?) (SIMON), 432.
- Plaies**. V. *Crâne*, *Chirurgie*.
- Plaques motrices** selon les vues anciennes et nouvelles (STEFANELLI), 26.
- Plastiques dure-mériennes** (Moyens propres pour réparer les pertes de substance de la dure-mère. —) (DESMAREST), 704.
- Pleur spasmodique** (ANGELA), 414.
- Pleurésie** (Goitre exophtalmique et —) (HANNIS et CAUSSADE), 47.
- Plexo-choroïdite chronique** (Tumeur cérébrale ou —. Durée évolutive des tumeurs) (SICARD), 451.
- Plexus**. V. *Brachial*, *Choroides*.
- Plicatures**. V. *Rétine*.
- Pli courbe** (Trépanation tardive pour coup de feu. Extraction du projectile. Lésions étendues du — avec cécité verbale. Guérison) (STEFANI), 411.
- Plomb** et centres nerveux (LEREBOTLET et FAURE-BEAULIEU), 240.
- Pluriglandulaire** (INSUFFISANCE) totale tardive et syndromes pluriglandulaires (CLAUDE et GOUGEROT), 366.
- Pluriglandulaires** (SYNDROMES) (AUSTREGESILLO, PINHEIRO et MARQUES), 367.
 —, étude anatomo-clinique (SOUBELET), 367.
- Pneumocoques** (Ménigites à — guéries) (SAVY et GATÉ), 419.
- Pneumonie** (Encéphalite aiguë hémorragique au cours d'une — latente chez un tabétique) (RISPAL et DE VERBIZIER), 239.
 —, complications cérébrales (WITHERINGTON), 357.
- Poids du corps** (Poids des viscères abdominaux et thoraciques, des glandes sexuelles, des glandes à sécrétion interne et des globes oculaires du rat blanc selon le —) (HATAI), 353.
- Poignée de main** (Signe de la — dans la démence précoce) (JACQUIN), 771.
- Poisons métalliques** et système nerveux (MOLKEN), 694.
- Pôles réels** (Localisation de l'excitation dans la méthode dite monopolaire chez l'homme. — et pôles virtuels dans deux organes différents) (BOURGUIGNON), 553-558 et 587.
- Polimyélite aiguë**, mode de transmission (ROSENAU), 198.
 — (Myélite transverse infectieuse due au virus de la —) (SACHS), 198.
 —, relations pathogéniques avec la maladie de Heine-Medin (AGUILAR), 198.
 —, études (KLING et LEVADITI), 199.
 —, essais de transmission au moyen de la mouche d'étable (SAWYER et HERMS), 199.
 — (Transmission du virus de la —. Découverte du virus dans la sécrétion nasale d'un porteur quatre mois après la période aiguë d'une attaque de polio-myélite) (LUCAS et OSGOOD), 199.
 —, histologie (LAPORA), 200.
 —, épidémie (KENNERLY), 201.
 — (Étude de la paralysie spinale flasque qui attaqua Louis Pasteur. Similitude de cette paralysie avec la —. Le ver à soie comme hôte intermédiaire de cette maladie) (MANNING), 201.
 — affectant les muscles des deux mains (JEWESBURY), 201.
 — chez deux enfants d'une même famille. Paralysies typiques chez l'un, état méningé chez l'autre (MORICHAU-BEAUCHANT, GUYONNET et CORBIN), 200.
 — de l'enfance, à topographie radiculaire (REGNARD et MOUZON), 494.
 — de l'adolescence à topographie radiculaire (REGNARD et MOUZON), 611.
 — (Paralysie radiale à type de paralysie saturnine chez un sujet atteint antérieurement de —) (PELLESIER et BOREL), 861.
 — de l'adulte (RISPAL et TIMBAL), 200.
 —, traitement des déformations consécutives (CAMPELL), 201.
 — antérieure, par traumatisme de la colonne cervicale chez un hérédo-syphilitique (GONNET et RENDU), 202.
 — à début scapulo-huméral chez un tuberculeux syphilitique (GIRAUD et GUEIT), 202.
 — parasyphilitique (KAPOUSTINE), 549.
- Polynévrites** et œdèmes observés chez les tirailleurs noirs au Maroc (JULLIEN), 43.
 —, contraction idio-musculaire (DUPCER), 583.
 —, quadriplégie et diplégie faciale avec anasarque des membres inférieurs de cause inconnue (CROUZON, CHATELIN et ATHANASSIU-BENISTI), 592.
 — scorbutiques (AUSTREGESILLO), 76-85.
- Ponction du corps calleux** (Traitement des affections cérébrales, acquises et congénitales par la —) (ANTON et BRAMANN), 25.
 — lombaire (Ataxie aiguë à guérison rapide. Magma albumineux d'origine cytolytique obtenue par —) (MERLE), 94.
 — (Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. Apraxie. Mort par —) (LAIGNEL-LAVASTINE et LÉVY-VALENSI), 260.
 —, mort subite (MINET), 385.
- Ponto-cérébelleuse** (TUMEUR) (ABRAHAMSON), 757.
 —, métastase sous-rolandique (MILIAN et SCHULMANN), 36.

- Porencéphalie** des enfants (FEDERICI), 357.
- Possédées** (Folie à deux. Deux sœurs persécutées —) (ALLAMAN), 544.
- Pouls alternant** (Réflexe oculo-cardiaque dans le —) (MOCHEOT), 815.
- **cérébral**, recherches au point de vue physiologique (COLUCCI), 187.
- Précis de psychiatrie** (JOLLY), 575.
- Prédisposition pathologique** du système nerveux central (OBERSTEINER), 435.
- Préjugés** en médecine mentale (WALLET), 700.
- Prématurés** (Avenir des —, ses rapports avec la syphilis héréditaire) (DETRE), 236.
- Presbyophrénie**, nosographie, constatations histologiques (PIAZZA), 438.
- et **démence sénile** (BALLEY), 439.
- , un cas (STODDART), 438.
- (FULLER), 438.
- (BESSIÈRE), 439.
- Presbyophrénique** (Cas de démence —) (ZIVIERI), 439.
- Préséniles** (PSYCHOSES), urobilinurie (BOU-TENKO), 529.
- Pression du liquide céphalo-rachidien** dans ses rapports avec les émotions (DUMAS et LAIGNEL-LAVASTINE), 163.
- **sanguine** (Résultats des injections intraveineuses d'extraits de geître sur la — des chiens) (BLACKFORD et SANFORD), 45.
- chez les **déments séniles** et **préséniles**. Traitement avec la théobromine (VALABREGA), 58.
- (Phénomène de Lowy. Elévation de la — par flexion de la tête en avant pour le diagnostic de l'artériosclérose cérébrale) (BENDER), 354.
- Prétentieuse imaginative** (Amnésie fonctionnelle rétro-antérograde post-émotive chez une —) (LAIGNEL-LAVASTINE et DU CASTEL), 717.
- Processifs** (Les) (ROUGÉ), 69.
- Processus de comparaison** (Méthode des équivalents. Etude des —) (GENELLI), 229.
- Procidence mastoïdienne** de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne (FOURNIE), 197.
- Profrichet** (SYNDROME DE) (Analogies de la sclérodémie avec le —) (BERTOLOTTI), 573.
- Profilis psychologiques** (ROSSOLIMO), 377.
- Prognathisme** (Syringomyélie avec — d'origine atrophique) (MARIE et FOIX), 852.
- Projectile intracérébral** (Trépanation pour coup de feu. Extraction d'un — au trente-cinquième jour. Lésions étendues du pli courbe avec cécité verbale. Guérison) (STEFANI), 411.
- Projectiles** (Traitement des plaies du crâne par petits — de guerre) (BILLET), 192.
- dans la **pratique civile** (DEMOULIN), 193.
- Protubérance** (TUBERCULE) solitaire et syndrome protuberantiel chez une fillette (HAUSHALTER et FAIRISE), 37.
- (TUMEUR) ou **méningite basale** (REMEDY), 569.
- Protuberantiel** (SYNDROME) dû à un tubercule solitaire chez une fillette de 2 ans (HAUSHALTER et FAIRISE), 37.
- Protuberantielles** (HÉMORRAGIES) et hémorragie cérébrale (BEAUSSANT), 37.
- Pseudarthrose du péroné droit**. Scoliose par inégalité des membres inférieurs (BROCA), 252.
- Pseudo-bulbaire** (PARALYSIE), étudiée au point de vue clinique et pathologique (TILNEY et MORRISON), 96.
- , **méningite syphilitique** avec paralysie labio-glosso-laryngée complète mais transitoire (MASSARY et CHATELIN), 261.
- , **palilalie** (DUPRÉ et LE SAVOUREUX), 453.
- avec **mouvements spasmodiques** de la face simulant le rire (OETTINGER), 755.
- , **autopsie** (DEJERINE et PÉLISSIER), 774.
- Pseudo-paralysie**. V. Parrot.
- Pseudo-paralégique** (Spondylite typique à forme —) (TAFIE), 41.
- Pseudo-sclérose** de Westphal-Strümpell (WESTPHAL), 42.
- en **plaques** (Sclérose en plaques ou — ? Affection organique ou affection psychonévropathique ?) (CROUZON, CHATELIN et ATHANASSIOU-BENISTI), 604.
- Pseudo-surdité verbale pure** chez un halluciné de l'ouïe (CEILLIER et ALAÏOUBINE), 398.
- Pseudo-tabes** et **filariose sanguine** (BINSKI et GAUTIER), 856.
- Pseudo-tétanos myxodémateux** (SÖDERBERGH), 49.
- Pseudo-tumeur cérébrale** et **méningite séreuse ventriculaire** (FRAÇAIS), 364.
- Psychiatrie** (La — est-elle une langue bien faite ?) (CHASLIX), 16-23.
- , **tendances biochimiques** (JOUTCHENKO), 435.
- , **méthode d'Abderhalden** (PESKER), 256.
- , **signification** de la réaction d'Abderhalden (PRÉOBRAÏENSKY), 435.
- (Etat contemporain de la — en Suisse) (RORSCHACH), 529.
- (Court précis de —) (JOLLY), 575.
- (Pantopon en —) (PIAZZA), 582.
- (Méthode pyrogénétique en —) (FRIEDLANDER), 662.
- **clinique** (Influence de Wernicke sur la —) (LIEPMANS), 378.
- **médico-légale** (Traité de —) (HÜBNER), 817.
- Psychiatrique** (Etats oriniques d'origine émotionnelle dans le quartier — de l'hôpital de la Charité, à Berlin) (POWERS), 443.
- (Expertise — dans l'armée; origines et dispositions de sa réglementation) (SIMONIN), 534.
- (Luminal dans la pratique —) (SALERNI), 582.
- Psychique** (ACTION) de la mescaline et mécanisme des hallucinations visuelles (KNAUER et MALONEY), 830.
- (DISSOCIATION) chez un dément aphasique (PATINI), 411.

- Psychiques** (MALADES), investigation d'après la méthode d'Ebbinghaus) (ZIMKIN), 435.
- , défauts de la loi actuelle sur les inculpés (KOPISTYNSKY), 531.
 - , hydrothérapie (LUSTITZKY), 581.
 - , imagination combinatoire et créatrice (VLADYCHKO), 825.
 - (TROUBLES) chez les tuberculeux pulmonaires (MURALT), 55.
 - (Influence de l'otite moyenne sur le cours de certains —) (ILHNE), 380.
 - (Traité clinique et médico-légal des — et névrosiques post-traumatiques) (BENON), 576.
 - observés dans l'aphasie (DAVIDENKOFF), 806-810.
- Psycho-analyse**, valeur (HOCHER), 413.
- et doctrine de Freud (CAMUS), 824.
- Psycho-galvanique** (Analyse du phénomène —) (PHILIPPSON), 637.
- Psychologie** (Introduction à l'étude de la —) (RYBAKOW), 823.
- (Méthode d'investigation expérimentale de la fonction de la parole et son application à la —) (SKOROBOUMOFF), 377.
 - , expériences d'association (BORISSOW), 824.
 - de la *démence précoce* (EPPENBAUM-STRASER), 770.
 - des *fumeurs* (BIRSTEIN), 768.
- Psychologique** (Etude — dans un cas d'alcoolisme) (BIRSTEIN), 377.
- (Explication — individuelle d'un symptôme nerveux) (BIRSTEIN), 768.
- Psychologiques** (Profil —) (ROSSOLIMO), 377.
- Psycho-motrice** (Asthénie — constitutionnelle infantile) (PAUL-BONCOUR), 545.
- Psychonévropathique** (Sclérose en plaques ou pseudo-sclérose en plaques? Affection organique ou affection —) (CROUZON, CHATELIN et ATHANASSI-BENISTI), 604.
- Psycho-névroses cardiaques**. V. *Cardiaques*.
- des *enfants*, mode de développement et leur traitement (ROSENBLUTH), 766.
- Psychopathes** (Hôpital d'Etat pour — à Boston) (CHANNING), 420.
- (Insomnie des —. Recherches sur l'échange des substances puriniques) (SANGUINETTI), 379.
 - (Mémoire des faits récents chez les hystériques et les —) (HORWITZ), 433.
 - (Idée de l'hôpital pour —) (SOUTHARD), 700.
- Psychopathie**. V. *Pharyngo-laryngée, Raisonnable*.
- Psychopathies** (Rôle de l'émotion dans la genèse des —) (DUBOIS), 57.
- Psychophysiologie** de Gall, ses idées directrices (BLONDEL), 818.
- Psychopolynévrite** au cours d'une cure de démorphinisation (MARCHAND et USSE), 578.
- Psychoses** (Signification des affections gynécologiques et valeur de leur guérison dans les —) (KÖNIG et LINZENMEIER), 59.
- (Ostéomalacie et —) (SCHEER), 415.
- Psychoses aiguës** (LADAMM), 445.
- , guérison rapide sous l'influence d'injections sous-cutanées d'oxygène (TOULOUSE et PUILLET), 581.
 - *associées*. Psychose maniaque dépressive et délire d'interprétation (MASSELOIN), 61.
 - V. *Affectives, Alcooliques, Choléra, Circulaire, Dégénérative post-émotionnelle, Excito-dépressive, Familiales, Hallucinatoires, Hystériques, Intermittente, Korsakow, Maniaque dépressive, Névralgiques, Oxyde de carbone, Paranoïdes, Pénitentiaires, Périodique, Préséniles, Séniles, Toxique*.
- Psychothérapeutique** (Méthode cataractique —) (ERMAKOW), 824.
- Psychothérapie** (BERNHEIM), 822.
- *détournante* dans le traitement des impulsions morbides (BECHTEREW), 540.
- Puérilisme mental** et symptôme de Gasser chez une ancienne maniaque (LIVET), 417.
- Pulmonaires** (Hémoptysies congestives sans lésions — dans un cas de folie à double forme) (ALIX et DUNAN), 383.
- Pupillaire** (RÉACTION) (Hémianopsie avec — hémianopsique, autopsie) (DEJERINE et JUMENTIÉ), 273.
- *hémoptique* et phénomène hémianopsique du prisme (WALKER), 638.
- Pupillaires** (TROUBLES) de la *démence précoce* (REICHMANN), 770.
- Puriniques** (Echange des substances — dans l'insomnie) (SANGUINETTI), 379.
- Pyromanie** (KOPISTYNSKY), 543.

Q

- Quadruplégie** et *diplegie faciale* d'origine polynévritique avec anasarque des membres inférieurs de cause inconnue (CROUZON, CHATELIN et ATHANASSI-BENISTI), 592.
- Quinine** (INTOXICATION), persistance du réflexe photomoteur dans un cas d'amaurose par lésions rétiniennes et optiques (MAGITOR), 400.
- Queue de cheval** (Echinocoques) (CIUFFINI), 758.

R

- Raccourcisseurs** (PHÉNOMÈNE DES) (Processus extra ou intramédullaire; topographie des troubles amyotrophiques et de la zone réflexogène du —) (MARIE et FOIX), 327.
- (Réflexes d'automatisme médullaire et réflexe de défense; le phénomène des —) (MARIE et FOIX), 811.
 - (STROHL), 813.
- Race** (Hygiène de la — et son importance pour la culture moderne) (LUNDBORG), 234.
- Rachianesthésie générale** (JONNESCO), 385, 386.
- à la *novocaïne* (BOUQUET), 387.
- Rachicentèse** dans les traumatismes cranio-céphaliques (CHIARUGI), 497.

- Rachitisme**, exostoses multiples, fractures spontanées, retard de la consolidation chez une enfant atteinte de syphilis héréditaire (KIRKISSON), 251.
- Racine spinale** (Distribution segmentaire du noyau dela — du trizumeau) (WOODS), 567.
- Racines** (CHIRURGIE). Anastomose intraduro-mérienne des — pour le traitement des paralysies (CADWALADER et SWETT), 764.
- Radiale** (NÉVRALGIE) des automobilistes (CHARTIER), 424.
- (PARALYSIE) à type de paralysie saturnine chez un syphilitique (MASSARY, BOUDON et CHATELIN), 278.
- et syphilis (BAUDOUIN et MARGORELLES), 670-677 et 716.
- à type de paralysie saturnine chez un sujet atteint antérieurement de poliomyélite aiguë (PÉLISSIER et BOREL), 161.
- Radriculaire** (Monoplgie pure du membre supérieur, motrice et sensitive, dissociée. Distribution pseudo — des troubles de la sensibilité) (ANDRÉ-THOMAS et LONG-LANDRY), 307.
- (INNERVATION) — des muscles abdominaux (SÖDERBERGH), 629-634.
- (PARALYSIE) du plexus brachial, type de Duchenne-Erb) (BOUCHET et VOLMAT), 245.
- du plexus brachial d'origine traumatique datant de l'enfance, avec syndrome sympathique, hémiatrophie faciale et troubles sensitifs étendus (DEJERINE et KREBS), 321.
- du plexus brachial d'origine obstétricale (BONNAIRE, LÉVY-VALENSI et VIGNES), 499.
- (Zona et — du membre supérieur) (SOUQUES, BAINDEVIN et LANTUEJOL), 721.
- (SCIATIQUE) dissociée (PÉLISSIER et KREBS), 320.
- (TOPOGRAPHIE), poliomyélite aiguë de l'enfance (REGNARD et MOUZON), 494.
- , poliomyélite aiguë de l'adolescence (REGNARD et MOUZON), 611.
- Radculaires** (FIBRES) (Dissociation cutanéomusculaire de la sensibilité et syndrome des — longues des cordons postérieurs) (SOUQUES), 128.
- Radculite expérimentale** (TINEL), 717.
- syphilitique avec amyotrophie intense portant sur le territoire de C⁵-C⁷ (MOUZON et REGNARD), 612.
- Radiothérapie** dans le goitre exophtalmique (BELLOT), 48.
- (KINGSBURY), 48.
- (BRUCE), 48.
- (Sciaticque rebelle traitée par la —) (LAQUERRIÈRE et ROUBIER), 694.
- Radiothérapie** (TRAITEMENT) de la syringomyélie et des affections non traumatisées de la moelle (RUPIN), 103.
- Rage**, corps de Negri (PINONE), 428.
- Raideur musculaire** avec hémiparésie et dysarthrie (PÉLISSIER et BOREL), 722.
- Raisonnante** (PSYCHOPATHIE) (SOUKHANOFF), 540.
- Ramollissement**. V. Bulbe, Cerveau, Cervelet, Thalamus.
- Raptus anxieux** (Auto-émasculation dans un —. Rôle de la suggestion) (DUPRÉ et MARNIER), 380.
- Rayons X**, effets produits sur l'ovaire (LACASSAGNE), 369.
- Réactions**. V. Abderhalden, Céphalo-rachidien, Corticales, Défense, Dégénérescence, Électriques, Electrodagnostic, Encéphaloméningées, Faradique, Hercheimer, Karvonen, Lange, Méningées, Moriz Weiss, Myasthénique, Myotonique, Pupillaire, Pupillaire hémipopie, Sensorielle, Vestibulaires, Wassermann.
- Rectum** (Corps étranger du — chez un dément précoce. Occlusion complète et perforation du colon ilio-pelvien) (MIGNOT et PETIT), 773.
- Récurrentielle** (PARALYSIE), guérie par le traitement spécifique (RENDE), 245.
- Rééducation** des hémiplegiques (JARKOWSKI), 462.
- Réflexe** (Variations de l'irritabilité de l'arc — dans l'asphyxie) (PONTER), 513.
- contralatéral des adducteurs produit chez les personnes normales par l'anémie d'un membre inférieur (NOICA), 402-406.
- des orteils (PASTINE), 639.
- cornéens abolis dans les affections nerveuses organiques (WOLFF), 408.
- d'essuyage (Innervation de quelques muscles de la cuisse dans le — de la grenouille spinale (BERITOFF), 513.
- de Babinski (Signe de — provoqué par l'excitation des téguments de tout le côté hémiplegié dans un cas d'hémiplegie infantile) (GUILLAIN et DEBOIS), 614.
- dans la moitié externe du pied avec conservation du réflexe plantaire normal sur la moitié interne (KRUMBHAAH), 640.
- (Athétose double avec — provoqué par l'excitation de la surface cutanée de tout le corps) (GUILLAIN et DEBOIS), 714.
- de préhension dans les affections organiques de l'encéphale (JANICHEWSKY), 678-681.
- des adducteurs à l'excitation homolatérale et contralatérale (MYRSON), 638.
- du clignement (GESTETTER), 631.
- moteur d'association, formation chez l'homme sur des excitations composées d'un son et d'un mot (VASSILIEF), 638.
- oculo-cardiaque dans le diagnostic des névroses gastriques (LOEFLER et MOUGEOT), 114.
- dans le diagnostic de la nature des bradycardies (LOEFLER et MOUGEOT), 814.
- , suppression constante par l'atropine (MOUGEOT), 815.
- en clinique (MOUGEOT), 815.
- dans le pouls alternant (MOUGEOT), 815.
- patellaire, irradiation de l'excitation (D'ONGHIA), 28.
- photomoteur persistant dans un cas d'amaurose par lésions rétiniennes et optiques dues à une intoxication chimique (MAGITOR), 100.

- Réflexe plantaire normal** (Réflexe de Babinski dans la moitié externe du pied avec conservation du — sur la moitié interne) (KUMHAAK), 640.
- **rythmé** produit par excitation réflexe opposée à une inhibition réflexe (SHERINGTON), 684.
- Réflexes** (Etudes sur les —) (NOÏCA), 402-408.
- , réapparition après lésion de la moelle (LEVANDOWSKY et NEUHOF), 408.
- (Hémiplégie cérébrale avec flaccidité, atrophie et perte des —) (DERCUM), 518.
- **conditionnels** ou **associatifs** (ISSAÏLOVITCH-DUSCIAN), 27.
- (L'image et les — dans les travaux de Pavlov) (DONTCHOFF-DEZEURE), 811.
- **cutanés et tendineux** (La maladie de Thomsen) (KOJEVNIK), 814.
- **de défense** (Compression de la moelle par tumeur extra-dure-mérienne. Valeur localisatrice des —) (BABINSKI et BARRE), 262.
- (Compression de la moelle par tumeur. Valeur localisatrice des —) (BARRE, DESMAREST et JOLTRAIN), 239.
- **de Babinski** (ASTVATZOUROFF), 640.
- (Réflexes d'automatisme médullaire et —; le phénomène des raccourcisseurs) (MARIE et FOIX), 811.
- (STROHL), 813.
- , **nature** (INGELBANS), 814.
- (Paralysie des membres inférieurs avec exagération des —) (FAVORSKY), 814.
- **d'automatisme médullaire** et **réflexes de défense**; le phénomène des raccourcisseurs (MARIE et FOIX), 811.
- (STROHL), 813.
- **tendineux** (Rapport entre l'intensité des — et la circulation sanguine artérielle) (NOÏCA), 402-408.
- (Faculté d'inhiber volontairement les —) (RAÏMISTE), 407.
- Réflexogène** (Processus extra ou intra-médullaire; topographie des troubles amyotrophiques de la zone — du phénomène des raccourcisseurs) (MARIE et FOIX), 327.
- Regard** (Paralysie verticale du —) (DEJERINE et PÉLISSIER), 607.
- Régénération**. V. *Nerfs*.
- Régulateur thermique** (Fièvre par piqure des centres comme expression du pouvoir —) (FREUND), 635.
- Rémission** chez un paralytique général tabétique (ANTHRAUME et PIQUEMAL), 653.
- Rénal** (Infantilisme —) (COMBY), 250.
- Rénale** (ECTOPIC) et troubles mentaux (PICQUÉ et GEORGIEV), 529.
- Résiduel** (DÉLIRE —) (ZETLINE), 381.
- Résistance** à la **fatigue** chez le jeune enfant (LESAGE et COLLIN), 236.
- Respiratoires** (CENTRES) (Influence du calcium) (BESCAINO), 188.
- (Paralysies —) (BÉRIEL et DURAND), 489.
- Responsabilité relative** (Anormalité psychique et —) (CHARON et COUBON), 533.
- Rétine** (Plicatures) (FORNIERI), 359.
- Rétiniennes** (LÉSIONS), persistance du réflexe photomoteur dans un cas d'amaurose dû à une intoxication quinquina (MAGITOR), 400.
- Rétinite exsudative syphilitique** (GALEZOWSKI), 359.
- **proliférante** (TELLIÈRES), 100.
- **septique** et **panophtalmie** métastatique (CANTONNET), 40.
- Rêve**, signification (ADLER), 51.
- Revendication** (Délire de —) (HUMERES et MALBRAN), 70.
- Revendicatrice** (Hypomoralité. Alcoolisme. Association avec une délirante —) (CLÉHAMBULT), 70.
- Rhumatisme** (PÉRIARTHRITE) **chronique** consécutive à un **zona** et localisée dans le territoire de l'éruption) (GUILLAIN et ROUTIER), 107.
- Rhumatismes** (XODOSITÉS) chez un enfant atteint de chorée de Sydenham (NOVARRA), 527.
- Rhumatisme articulaire aigu** traumatique et ses applications à l'expertise médico-légale (DEVEAU), 109.
- **cérébral**, traitement par la méthode de Baccelli (MANESSI), 705.
- **chronique** (Résultats de la cure thyroïdienne dans le traitement du —) (LEOPOLD-LÉVI), 51.
- **déformant** (Atrophie et sclérose du corps thyroïde dans un cas de —) (ROUSSY et CORNIL), 779.
- Rigg** (MALADIE DE) (Relation possible entre des affections organiques du système nerveux et la —) (COLLINS), 109.
- Rigidité paralytique** de l'état de veille. Etude du syndrome lenticulaire (DAVIDENKOFF), 97.
- Rire** (Paralysie pseudo-bulbaire avec mouvements spasmodiques de la face simulant le —) (OETTINGER), 755.
- **et pleurer spasmodiques** (ANGELA), 414.

S

- Salivaires** (CENTRE) réactions (MILLER), 635.
- Salvarsan** (Guérison d'une syphilis cérébrale après emploi du —) (EDDY), 33.
- (Syndrome cérébelleux dû à une lésion syphilitique et amélioré par une injection intraveineuse de —) (PAULON), 35.
- (Paralysie de Landry due à une intoxication par le —) (FLEISCHMANN), 40.
- (Maladie de Basedow avec sclérodémie et réaction de Wassermann positive. Traitement par le —) (ZIEGEL), 49.
- (Accidents neuro-méningés précoces et tardifs du —) (ROSEN), 204.
- (Accidents dits neuro-récidives consécutifs aux injections de —) (CARLE), 205.
- (Effets favorables des injections intraveineuses de — dans la chorée de Sydenham) (MARIE et CHATELIN), 209.
- dans le traitement de la chorée de Sydenham) (TALENT), 210.
- (Traitement des affections post-syphilitiques du système nerveux par le mercure et le —) (TSHIRJEV), 242.
- (Traitement de la lèpre par les injections intraveineuses de —) (GAUCHER et BOINET), 427.

Salvarsan (Paralysie générale. Réaction de Wassermann et —) (SICARD et REILLY), 656.

— (Mort après convulsions épileptiformes chez un paralytique général traité par le —) (LEREDDE et JANIN), 657.

— (Traitement de la paralysie générale par le —) (RÄCKE), 658.

— dans la paralysie générale (GOUBEAU), 659.

— (LEREDDE), 660.

— (Neo — on injection intra-rachidienne) (LUBIMOFF), 660.

— (ILHNE), 661.

— (MARIE et LEVADITI), 662.

— dans la syphilis nerveuse (RAYAUT), 664.

— (SCHALLER), 665.

— (WEISENBURG), 666.

— (Meningite syphilitique incurable par le mercure, guérie par le —) (WEIL), 762.

Sang et liquide céphalo-rachidien dans les maladies du système nerveux central (KAFKA), 29.

— (Variations de l'irritabilité de l'arc réflexe dans des conditions asphyxiques, avec analyse des gaz du —) (PORTER), 513.

— (Tréponèmes dans le — des paralytiques généraux) (LEVADITI et DANULESCO), 643.

— (Les lapins peuvent-ils être infectés de syphilis en parlant du — des paralytiques généraux?) (GRAVES), 644.

— dans la pellagre, morphologie (KOTZOVSKY), 693.

Sarcomateuse diffuse de la pie-mère (MARKUS), 516.

Saturnine (PARALYSIE) (Paralysie radiale, à type de — chez un syphilitique) (MARSARY, BOUDON et CHATELIN), 278.

— — chez un sujet atteint antérieurement de poliomyélite aiguë) (PÉLISSIER et BOREL), 861.

— (PARALYSIE GÉNÉRALE) (MARGAROT et BLANCHARD), 653.

Saturnisme, réactions méningées (BOVERI), 294.

— et aliénation mentale (MARIE), 444.

Scarlatineuse (ENCÉPHALOPATHIE) (MÉRY et SALIN), 240.

Sciatique radiculaire dissociée (PÉLISSIER et KRES), 320.

— rebelle traitée par la radiothérapie (LAQUERRIÈRE et ROUBIER), 694.

Sclérodémie (Maladie de Basedow avec — et réaction de Wassermann positive. Traitement par le salvarsan) (ZIEGEL), 49.

— et syphilis (JEANSELME et TOURAINE), 409.

— et syndrome de Basedow (MARINESCO et GOLDSTEIN), 572.

—, analogies avec le syndrome de Prochet (BERTOLOTTI), 573.

— diffuse à développement rapide au cours de la syphilis secondaire (BROCCO, FENNET et MAUREL), 409.

— généralisée avec atrophie musculaire grave (COLLIER et WILSON), 410.

— quiescente de l'extrémité inférieure (WEBER), 410.

Sclérose combinée subaiguë d'origine anémique (CROUZON et CHATELIN), 456.

— du névrate (BOKOLA), 570.

— en plaques, symptomatologie (METTIER), 42.

— avec hémiplegie alterne (CONOS), 226-228.

— à lésions très étendues et à symptomatologie fruste (GRIMAUD et MALESFINE), 362.

— (Tremblement caractéristique de la —, comme seul symptôme de l'affection) (GORDON), 520.

— symptômes myocloniques (GORIA), 570.

— diagnostic des formes initiales et atypiques (RICCI), 570.

— ou pseudo-sclérose en plaques? Affection organique ou affection psychonévropathique (CROUZON, CHATELIN et ATHANASSIOU-BENISTI), 604.

— intra-cérébrale centrolobaire et symétrique (MARIE et FOIX), 1-16.

— latérale amyotrophique, variétés cliniques (STARKER), 42.

— post-traumatique et troubles mentaux (MARCHAND et DUPOUY), 42.

— tubéreuse du cerveau (ORLOW), 517.

Scoliose par inégalité des membres inférieurs (BROCA), 252.

Scorbutiques (Polynévrites —) (AUSTREGEISLO), 76-85.

Scrupules. Obsessions, délir intentionnel (CLÉRAMBAULT), 541.

Sécrétion externe et sécrétion interne (PETTIT), 365.

— interne (Glandes à — et neuro-arthritis) (LEOPOLD-LÉVI), 50.

— — (Poids des viscères abdominaux et thoraciques, des glandes sexuelles, des glandes à — et des globes oculaires du rat blanc selon le poids du corps) (HATAI), 353.

— — (Classification des glandes à — et des produits qu'elles sécrètent) (GLEV), 364.

— — (Anatomie pathologique des glandes à — dans quelques formes de maladies mentales) (GARRIERI), 365.

— — (Glandes à — dans l'empoisonnement expérimental par l'alcool) (GARBINI), 365.

— — (Existence d'une nouvelle glande à —) (PENDE), 366.

— — (Recherches sur une — du testicule) (BARNABO), 368.

— (MARRASSINI), 368.

— — dans la démence précoce (DERCUM et ELLIS), 771.

— — (Myasthénie. Altérations à type Paget des os du crâne. Lésions de certaines glandes) (BARINSKI et BARRÉ), 786.

— nasale (Découverte du virus dans la — d'un porteur humain quatre mois après la période aiguë d'une attaque de poliomyélite) (LUCAS et OSGOOD), 199.

Segmentaire (distribution) du noyau de la racine spinale du trizumeau (WOODS), 567.

— (Lymphodème chronique —) (SICARD et HAGUENAU), 588.

- Sein** (Cancer métastatique et ostéoplas-tique secondaire à un cancer du —) (ARSIMOLES et LEGRAND), 115.
- Sénile** (Paralysie générale —) (PUILLET), 652.
- Séniles** (PSYCHOSES) (Parallélisme entre les psychoses alcooliques et les —) (SCHTIDA), 579.
- Sénilité précoce** (FULLER), 438.
- (BESSIÈRE), 439.
- Sensations** (Substitution des images aux —. Cas d'hallucinations et d'illu-sions multiples) (BARAT), 825.
- *tactiles* (Illusions dans le champ des —) (GEWELLI), 377.
- Sensibilité** (DISSOCIATION CUTANÉO-MUSCU-LAIRE) et syndrome des fibres radicu-laires longues des cordons postérieurs), (SOUCQUES), 128, 325.
- (TROUBLES) (Syringomyélie unilatérale avec — à topographie spéciale dans le domaine du trijumeau) (CERISE et BOL-LACK), 300.
- (Monoplégie pure du membre supé-rieur, motrice et sensitive, dissociée. Distribution pseudo-radulaire des troubles de la —) (ANDRÉ-THOMAS et LONG-LANDRY), 307.
- (Conservation de la sensibilité osseuse avec perte de tous les autres modes de — dans la compression médul-laire) (PÉLISSIER et BOREL), 864.
- Sensibilités profondes** (DISSOCIATION), conservation du sens des attitudes seg-mentaires, de la sensibilité à la pression et du sens de discrimination profond avec perte de la sensibilité osseuse chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle (JUMENTÉ et CHILLIER), 848.
- Sensorielle** (Vie — du nouveau-né) (CANESTRINI), 352.
- (Influence de la constellation sur la réaction de choix —; résultats de la méthode des constantes) (BICKEL), 825.
- Séquelles nerveuses** et mentale de l'encé-phalite chez les enfants (LUCAS et SOUTHALL), 238.
- Séro-réaction**. V. *Abderhalden*.
- Sérum antiparaméningococcique** (Ménin-gite à paraméningococques traitée et guérie par le —. Inefficacité du sérum antiméningococcique) (WIDAL et WEIS-SENBACH), 104.
- *antitétanique* (HOUEL et RANÇON), 108.
- (JACOBOWICZ), 108.
- *des aliénés* (Activité des ferments dans le —; la méthode séro-diagnostique d'Abderhalden) (PESKER), 255.
- *sarcosanisé* (Emploi des injections de — *in vitro* et *in vivo* sous l'arachnoïde spi-nale et cérébrale dans le tabes et la paralysie générale) (MARINESCO et MINEA), 337-347, 658.
- (Traitement de la paralysie générale par injection de — sous la dure-mère cérébrale) (LEVADITI, MARIE et DE MAR-TEL), 658.
- (MYERSON), 658.
- Sérum sanguin** (Différence entre le — des paralytiques généraux et des déments précoces dans leur rapport avec la pro-duction d'hémolysines immunisantes) (BENEDEK et DEAK), 616.
- , pouvoir opsonique (RAMELLA et ZUCCARI), 701.
- Sexuel** (INVERTI), enlèvement de mineur, (ROUBINOVITCH et BOREL), 537.
- Sexuelle** (La vie —) (MONIZ), 352.
- Sexuelles** (GLANDES) (Poids des viscères abdominaux et thoraciques, des — et des glandes à sécrétion interne et de globes oculaires du rat blanc selon le poids du corps) (HATAI), 353.
- (PERVERSIONS), appréciation médico-légale (ZIEMKE), 537.
- Shock nerveux** (Alopécie circonscrite du cuir chevelu consécutive à un —) (FOU-QUET), 111.
- Sinistrose** à forme confusionnelle (RÉ-MOND et SAUVAGE), 446.
- Simulateur** (Déséquilibré —) (VALLON), 163.
- Singultueuse** (Dysphagie — avec réac-tions motrices tétaniformes et gestes stéréotypés) (MEIGE), 310.
- Sinus** (Thrombose des — de la dure-mère) (MANCINI), 357.
- *latéral* (Fracture du crâne; épanche-ment intracranien dû à la rupture d'un affluent du —; suture, guérison) (MORES-TIN), 195.
- , *longitudinal supérieur*, blessure par une esquille dans une fracture de la voûte du crâne, relevement des frag-ments, hémorragie grave arrêtée par tamponnement; guérison (VIANNAY), 196.
- Société médico-psychologique** (Histoire des travaux de la — et éloge de ses membres) (RITTI), 528.
- Sommeil** (MALADIE DU —) Accidents ner-veux (ANDRIEU), 412.
- Somnolence profonde** ou narcolepsie (DERCUM), 565.
- Songes** et leur explication (ADLER), 768.
- Souffrance** envisagée comme source des croyances humaines (LAKHTINE), 768.
- Soufre** contenu dans l'écorce cérébrale des personnes saines et des malades psychiques (VOSKRESSENSKY), 528.
- Sous-claviaire** (ARTÈRE) (Syndromes nerveux déterminés par les anévrysmes de l'—) (MAGAUDA), 44.
- Soutien** (TISSUS DE), électrophysiologie (GAYDA), 523.
- Spasme facial** (Blépharospasme, Hém — et leur traitement) (LATAILLADE), 424.
- *congénital* (LESAGE et GAUCHERY), 424.
- *de la main* (Hémiplégie hystérique avec —) (ROSENBLATH), 520.
- Spasmodique** (PARALYSIE) *familiale* (TCHOUGOUNOFF), 520.
- (PARAPLEGIE) *congénitale* avec atrophie optique (HICHENS), 571.
- *hérédo-syphilitique* chez les grands enfants (MARFAN), 362, 760.
- Sphéno-palatin** (GANGLION) (Traitement de la névralgie du —) (SLADER), 693.
- Spina-bifida latent** avec tumeur (BROCCA), 361.

- Spina-bifida occulta** et incontinence nocturne d'urine (SCHARNKE), 759.
- Spinale** (glose) chez trois membre de la même famille (PRICE), 691.
- (PARALYSIE) flasque qui attaqua Louis Pasteur dans une période précoce de sa maturité. Similitude avec la poliomyélite épidémique aiguë. Le ver à soie comme hôte intermédiaire de cette maladie (MANNING), 201.
- (Méningite subaiguë à bacilles de Pfeiffer à la suite d'une —) (HAUSHALTER et JACQUOT), 363.
- Spinaux** (GANGLIONS) (Mitochondries des cellules des —) (COWDRY), 26.
- (Culture des — des mammifères *in vitro*) suivant le procédé de Carrel (MARINESCO et MIXA), 91.
- Spondylite typhique** à forme pseudo-paraplégique (TAPIE), 41.
- Spondylose rhizomérique** et obésité traitées par la gymnastique électrique (LABBE, LAQUERRIÈRE et NUYTEN), 429.
- (Etude de la —) (KOPPELMANN), 430.
- (MAGNINI), 430.
- *traumatique*. Maladie de Kummel-Verneuil (ROBERT), 430.
- Statotonus** (Le cervelet et le —) (EDINGER), 512.
- Stereognostique** (Conservation du sens des attitudes segmentaires, de la sensibilité à la pression avec perte de la sensibilité osseuse chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle. Conservation de la perception —) (JUMENTE et CEILLIER), 848.
- Stereotypies**; inertie systématique; perte des notions de temps consécutives à une crise d'alcoolisme aigu (VALLOX), 166.
- (Dysphagie singultueuse avec réactions motrices tétaniformes et —) (MEIGE), 310.
- Streptococque** déterminant des symptômes de chorée chez le chien (DICK et ROTHSTEIN), 206.
- Strychnine**. action sur les zones non excitables de l'écorce cérébrale du chien (AWANTEA), 93.
- Suggestion** (Auto-émasculat dans un raptus anxieux. Rôle de la — étrange) (DUPRÉ et MARMIE), 380.
- Suicide** (Délire hypochondriaque par interprétation avec réaction — et homicide familial) (LENOV), 384.
- par onirisme au cours des maladies infectieuses (POROT), 442.
- (Impulsions oniriques au —) (PARIS), 434.
- (Paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psychomotrices verbales obsédantes avec tendance au —) (BONEL et CEILLIER), 503.
- dans la vie et dans la société moderne (MASSAROTTI), 700.
- Sulfate de magnésie** en injections intrarachidiennes dans la traitement de la chorée de Sydenham (FELIZIANI), 210.
- Sulfure de carbone** (Intoxication par le —) (PROVOST), 441.
- Superstition** dans l'ancien temps (GAILLIUS), 376.
- Superstitions** dans la vie et la clinique (LAKHTINE), 830.
- Suppurations**. V. *Hépatopulmonaires*.
- Surdité post-paroxystique** (Aphasie motrice et — chez un épileptique) (PERUGIA), 409.
- *verbale* (Pseudo — pure chez un halluciné de l'ouïe) (CEILLIER et ALAJOUANINE), 388.
- cécité verbale et paraphasie (FROMENT et DEVIC), 410.
- Surface du corps** (Loi géométrique de la — de l'homme) (ROUSSY), 352.
- Surrénales** (Syndrome de Babinski-Nageotte. Ramollissement syphilitique du cervelet. Gommages des —) (BÉRIEL, DURAND et MALESPINE), 418.
- (Tuberculose des — et gommages du foie chez un tabétique paralytique général) (VIGOUROUX et HÉRISSE-LAFARDE), 645.
- Surveillance judiciaire** des pensionnaires des établissements d'Etat pour arriérés (SHANAHAN), 531.
- Sylvienne** (ARTÈRE), blessure directe par coup de couteau (COUDRAY), 195.
- Symphathique** (Définition du —) (LAIGNEL-LAVASTINE), 246.
- (Paralysie radriculaire du plexus brachial d'origine traumatique et datant de l'enfance avec syndrome —. Hémistrophie faciale et troubles sensitifs étendus) (DEJERINE et KREBS), 321.
- Symphathoses** (Les —) (LAIGNEL-LAVASTINE), 247.
- Symphyse**. V. *Méninge fibreuse*.
- Symptôme**. V. *Ganser*.
- Syncinésie** (Hémiplégie motrice légère localisée au membre supérieur, dans les muscles interosseux et les muscles du pouce. Dynamétrie. Asynergie. —. Athétose du muscle peaucier et des doigts) (ANDRÉ-THOMAS), 148.
- Syndactylie** (VIDONI), 698.
- Syndromes** V. *Babinski-Nageotte*, *Benedikt*, *Brown-Séquard*, *Bulbaire*, *Cérébelleux*, *Cérébello-spasmodique*, *Confusionnel*, *Débilité neuro-musculaire*, *Electrique*, *Fibres radiculaires*, *Guillaïn-Thaon*, *Hörner*, *Hypertension*, *Jackson*, *Korsakow*, *Lenticulaire*, *Méningé*, *Nerveux*, *Occipital*, *Oculo-symphathiques*, *Oculo-thyroïdiens*, *Paranoïde*, *Pellagroïde*, *Pluriglandulaires*, *Prophète*, *Protuberantiel*, *Symphathique*, *Thalamique*, *Unverricht*.
- Syphilis** (Liquide céphalo-rachidien dans cent cas de —) (ENGMAN, BUHNAN, GORHAM et DAVIS), 31.
- et système nerveux (COLLINS), 33.
- , anévrisme de l'artère vertébrale et néphrite interstitielle (BARONNEIX), 33.
- , rapport avec la dystrophie musculaire progressive (CADWALADER et CONSON-WHITE), 31.
- et sclérodémie (JEANSELM et TOURNAINE), 109.
- , sclérodémie diffuse à développement rapide (BROCC, FERNET et MAMMEL), 109.
- et vitiligo (GAUCHER, GOUGEROT et AUBERT), 411.

Syphilis et chorée : chorée chez une femme enceinte. Wassermann positif ; chorée intense et compliquée chez une femme hérédo-syphilitique et syphilitique secondaire (AFERT et ROUILLARD), 207.

— en neuropathologie, étude des lésions du système nerveux de lapins syphilités (STEINER), 231.

—, syndrome méningé fruste simulant une affection abdominale (JOLTRAIN), 423.

—, syndrome méningé subaigu (PIERRET et DUHOT), 424.

—, diabète insipide amélioré après traitement spécifique (LAIGNEL-LAVASTINE), 481.

— (Manifestations cérébrales durant la période secondaire de la —) (GREGORY et KARPAS), 517.

— (Étiologie de l'épilepsie et de l'idiotie. Rôle de la —, sa recherche par la réaction de Wassermann) (AUBLANT), 523.

— (Les lapins peuvent-ils être infectés de — en partant du sang des paralytiques généraux ?) (GRAVES), 644.

— (Réaction de Karvonen pour le diagnostic de —) (VERESS et SZABO), 645.

— (Paralyse radiale et —) (BAUDOUIN et MARCONNELLES), 670-677 et 716.

— cérébrale (EDDY), 32.

— chez un addisonien (BRAILLON), 32.

— (Épilepsie et — héréditaire tardive. Guérison par l'iodothérapie) (PAUL-BONCOUR), 32.

—, guérison après emploi du salvarsan (EDDY), 33.

—, pronostic et thérapeutique (SCHWINN), 33.

— avec paralysies multiples des nerfs crâniens (BONNET et GATÉ), 417.

— précoce (PELLACANI), 32.

— cérébro-spinale, diagnostic par les moyens de laboratoire (FOIX et BLOCH), 31.

— — dans l'âge infantile (BARKOFF), 520.

— héréditaire.

—, poliomyélite antérieure aiguë par traumatisme de la colonne cervicale (GONNET et RENDEU), 202.

— (Avenir des prématurés, ses rapports avec la —) (DÉTRE), 236.

—, manifestations nerveuses (PERNAM-BUCANO), 237.

— (Rachitisme, exostoses multiples, fractures spontanées, retard de la consolidation chez une enfant atteinte de —) (KIRMISSON), 251.

— (Paraplégie spasmodique — chez les grands enfants) (MARFAN), 362, 760.

—, Arriération intellectuelle congénitale transformée en paralysie générale (DAMAYE et MARANG), 651.

—, méningo-encéphalite (PELLEGRINI), 761.

— nerveuse, traitement intensif (BREM), 663.

—, traitement par les injections intrarachidiennes de mercure et de néosalvarsan (RAVAUT), 664, 705.

—, traitement par le salvarsan (SCHALLER), 665.

— (WEISENBURG), 666.

— spinale. Poliomyélite antérieure parasyphilitique (KAPOUSTINE), 549.

Syphilitique (Démence précoce —) (LAIGNEL-LAVASTINE et BARRE), 163.

— (Vertige de Mènière, sa nature fréquemment —. Guérison par le 606) (MILIAN), 190.

— (ATROPHIE) musculaire progressive (LERI et LEROUGE), 103.

— — (GONNET), 206.

— — (LEROUGE), 759.

— (ÉRUPTION) chez une paralytique générale (MARCHAND), 649.

— (LÉSION) (Syndrome cérébelleux dû à une — et amélioré par une injection intraveineuse de salvarsan) (PAULION), 35.

— scléro-gommeuse du myocarde ; hémorragie cérébrale (SIMON, FAIRISE et HANNS), 415.

— (PARALYSIE RADIALE) à type de paralysie saturnine (MASSART, BOUDON et CHATELIN), 278.

— (PARAPLÉGIE SPAEMODIQUE) chez les grands enfants (MARFAN), 362, 760.

— (RADICULITE) avec amyotrophie intense (MOUZON et REGNARD), 612.

Syphilitiques (Réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien de — primaires et secondaires) (FRAENKEL), 50.

— (Lésions — du foie et du crâne) (HANNS et FAIRISE), 31.

— (Tabes ataxique et traitement des affections post — du système nerveux par le mercure et le salvarsan) (TSHIRJEV), 242.

— (Recherches histopathologiques sur le système nerveux central de lapins —) (STEINER), 427.

— (Recherches sur les méningo-encéphalites —) (VANZETTI), 762.

Syphilogènes (Diagnostic différentiel entre les maladies —) (PFLÜGER), 618.

Syringomyélie concentrique (STARKER et WOSNESENSKII), 101.

—, troubles trophiques (VERHAEGHE), 102.

— (NANTA, DUCUING et DUCUING), 102.

—, traitement radiothérapique (RUPIN), 103.

— (Affection mutilante des membres inférieurs) (GUILLAIN et DUBOIS), 298.

— unilatérale avec troubles de la sensibilité à topographie spéciale dans le domaine du trijumeau (CERISE et BOLLACK), 300.

— (Cas de —) (GARDINER), 691.

—, manifestations légères (CRAIG), 691.

—, autopsies (KLOTZ), 691.

—, constatations anatomo-pathologiques (BERNSTEIN et HORWITT), 692.

—, un cas (FRANÇAIS), 831.

— avec prognathisme d'origine atrophique (MARIE et FOIX), 852.

Systématisé (DÉLIRE) modifié par un état aigu d'excitation maniaque avec hallucinations (KLIPPEL et MALLET), 64.

T

Tabes (ERR), 240.

—, amaurose et troubles mentaux (BRIAND et VINCHON), 242.

- Tabes** et traitement des affections post-syphilitiques du système nerveux par le mercure et le salvarsan (TSHAJEW), 242.
- (Traitement des crises gastriques du — par l'opération de Franke) (MAUCLAIRE), 242.
 - (Dissociation cutané-musculaire de la sensibilité dans le —) (SOUVES), 325.
 - (Emploi des injections de sérum salvarsanisé sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le — et la paralysie générale) (MARINESCO et MINEA), 337-347.
 - sans lymphocytose rachidienne (WILLIAMS), 519.
 - Température dans les crises tabétiques (LAZAREFF), 519.
 - traité par le procédé combiné (SOBOVSKAIA), 519.
 - Paralysie générale et alcoolisme chronique, diagnostic différentiel (PFLUGER), 648.
 - , alcoolisme chronique, délire de persécution (WALLON et LANGLE), 739.
 - et zona (SOUVES, BAUDOUIN et LANTUEJOL), 868.
 - amyotrophique (DREY et MALESPINE), 244.
 - périphérique (DEJERINE et JUMENTIÉ), 464.
- Tabétiques** (Crises gastriques — au cours d'un ulcère-cancer de la petite courbure) (DEMOT et LEROY), 242.
- Tabétique** (Ramollissement de la couche optique chez un —) (VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE), 98.
- (Encéphalite aiguë hémorragique au cours d'une pneumonie latente chez un —) (RISFAL et DE VERBIZIER), 239.
 - (Tuberculose des surrénales et gommages du foie chez un — devenu paralytique général) (VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE), 645.
 - (Tremblement clonique à prédominance unilatérale au cours d'une paralysie générale —) (MARCHANT et PETIT), 650.
 - (Paralysie générale post—. Atténuation des phénomènes somatiques avec aggravation des phénomènes démentiels) (LUCANGELI), 632.
- Technique anatomopathologique** du système nerveux. Anatomie macroscopique et histologique (ROUSSY et LHERMITTE), 356.
- Température** dans les crises tabétiques (LAZAREFF), 519.
- (Processus oxydatifs chez les animaux marins par rapport à la —) (MONTUORI), 232.
- Temps nouveaux** en neurologie (BULLARD), 235.
- Terminaux** (Physiologie des nerfs — chez les séliciens) (KAZYSKOWSKI), 188.
- Testicule** (Une sécrétion interne du —) (BARNABO), 368.
- (MARRASSINI), 368.
 - (Gigantisme eunuchoides. Troubles de la sécrétion interne du —) (REBATTU et GRAVIER), 697.
- Tétanie** aiguë d'origine digestive (RICHON), 425.
- Tétaniformes** (Dysphagie singultueuse avec réactions motrices — et gestes stéréotypés) (MEIGE), 310.
- Tétanique** (Fixation de la toxine —) (LOEWE), 428.
- (Urémie à forme —) (BERGÉ et PERNET), 696.
 - (TOXINE). Durée de l'immunité passive (RUEDIGER), 107.
- Tétanos** consécuteur aux traumatismes orbito-oculaires (VINSONNEAU), 39.
- , traitement par la méthode Bacelli (GUBAWE, LEPORE, RIGHI, PICCALUGA, DE MONTE, RABITTI), 108.
 - (Traitement rationnel du — avec un rapport sur 23 cas observés à l'hôpital épiscopal de Philadelphie) (ASHHURST et JOHN), 108.
 - expérimental chez les cobayes (RUFFER et CRENDIROPOULO), 428.
 - subaigu terminé par guérison (GAULIER), 429.
 - terminé par la guérison chez un épileptique (LESIEUR et MILHAUD), 429.
- Tête** (Blessure) suivie de douleur persistante dans la région de la cicatrice et de faiblesse de la jambe gauche. Opération. Guérison (PROUT et TAYLOR), 196.
- (Lésions), névroses traumatiques (NEEB), 375.
- Thalamique** (SYNDROME) (Tumeur de la couche optique. Absence de —) (DEMATY et HÉRISSON-LAPARRE), 99.
- , un cas (SALÈS et MILLE de CÉLIGNY), 324.
- Thalamus** (RAMOLLISSEMENT) chez un tabétique (VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE), 98.
- (TUMEUR). Absence de syndrome thalamique (DEMATY et HÉRISSON-LAPARRE), 99.
- Theobromine** (Pression du sang chez les déments séniles et préséniles. Traitement avec la —) (VALABREGA), 58.
- Thermique** (Fièvre par piqûre des centres comme expression du pouvoir régulateur —) (FREUND), 635.
- Thiosinnamine antipyrinée** dans le traitement du vertige de Ménière (SACO), 705.
- Thomsen** (MALADIE DE) (Différences apparentes d'actions polaires et localisation de l'excitation de fermeture dans la —) (BOURGUIGNON et LAUGIER), 93.
- , réflexes cutanés et tendineux (KOJEVNIKOFF), 814.
- Thrombose**. V. *Bulbaires* (Artères), *Sinus*.
- Thymus** persistant (Myélite transverse secondaire à la reviviscence néoplasique d'un —) (ROCCAVILLA), 41.
- Thyroïde** et ovaire, association fonctionnelle (BATTÉZ), 45.
- (Rapports entre la — et les parathyroïdes. Thyroïdectomie après parathyroïdectomie) (LE PLAT), 45.
 - , altérations dans différents états expérimentaux et cliniques (MARTINI), 46.
 - dans la maladie de Basedow (ROUSSY et CLUNET), 262.
 - (Séroréaction d'Abderhalden avec le corps — dans les psychoses affectives) (PARHON et MILLE PARHON), 616.

- Thyroïde** dans le syndrome de Parkinson (PARNON et Mlle PARNON), 618.
- , atrophie et sclérose dans un cas de rhumatisme chronique déformant (ROUSSY et CORNIL), 779.
 - (Hyperplasie compensatrice expérimentale de la — chez le chien et le singe) (ROUSSY et CLUNET), 792.
- Thyroidectomie** après parathyroïdectomie (LE PLAT), 45.
- (Goitre exophtalmique; — partielle, guérison) (BLANC), 49.
- Thyroïdienne** (Céphalée d'origine —) (BILANCIONI), 49.
- (CURE), effets rapides et non thérapeutiques (LÉOPOLD-LÉVI), 50.
 - dans le traitement du rhumatisme chronique, résultats (LÉOPOLD-LÉVI), 51.
 - (HYPERSENSIBILISATION). Indice opsonique élevé et hypersensibilité générale chez les lapins à la mamelle (MARRÉ), 44.
 - (Les lapins à la mamelle ont très peu de leucocytes) (MARRÉ), 44.
 - (INSTABILITÉ) infantile (LÉOPOLD-LÉVI), 50.
 - (INSUFFISANCE), petits signes (LUZZATTI), 50.
 - et instabilité choréiforme (RÉMOND et SAUVAGE), 50.
- Thyroidiens** (ÉTATS), symptômes épileptiques (GUITTON), 47.
- Thyroidite post-typhique** tardive et maladie de Basedow secondaire (GALI), 47.
- tuberculeuse (WEITZEL), 46.
- Thyro-ovariens** (SYNDROMES) et syndromes ovaro-thyroidiens (LÉOPOLD-LÉVI), 46.
- Tic douloureux**. V. *Névralgie faciale*.
- Timide délinquant** (REBIERRE), 699.
- Tissus**. V. *Nerveux*. *Soutien*.
- Topographie**. V. *Radculaire*.
- Torticollis congénital** (Fracture du crâne obstétricale. —) (FROELICH), 196.
- convulsif (Mouvements choréo-athétosiques ayant débuté par un — accompagnés de troubles de la parole) (CHATELIN et MEIGE), 295.
- Toux vertigineuse** (Vertiges chez les tuberculeux. Valeur sémiologique de la —) (LESIEUR et TRÉVENOT), 190.
- Toxine**. V. *Tétanique*.
- Toxique** (PSYCHOSE) grave; ses rapports avec la paralysie générale (DAMAYE), 659.
- Traité clinique et médico-légal** des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques (BENON), 576.
- de psychiatrie médico-légale (HEDNER), 817.
- Traumatisme** (Poliomyélite antérieure aiguë par — de la colonne cervicale chez un hérédo-syphilitique) (GONNET et RENDU), 202.
- , paraplégie et dysthénie périodique (BENON et DENÈS), 382.
 - et paralysie générale (PARIS), 654.
 - (GATTI), 655.
- Traumatismes**. V. *Crâne*, *Cranio-céphaliques*, *Orbitaire*, *Orbite*, *Orbito-oculaires*.
- Travaux de l'Institut neurologique** de Vienne (OBERSTEINER), 24.
- Tremblement** d'origine incertaine (TURNER), 255.
- caractéristique de la sclérose en plaques, comme seul symptôme de l'affection (GORDON), 520.
 - analogue à la paralysie agitante dans la paralysie générale (KRABBE), 650.
 - (Raideur musculaire avec hémiparésie et dysarthrie) (PÉLISSIER et BORREL), 722.
 - clonique à prédominance unilatérale au cours d'une paralysie générale tabétique (MARCHAND et PETIT), 650.
 - congénital (LANGMEAD), 255.
 - mercuriel (GUILLAIN et LAROCHE), 255.
 - unilatéral rappelant celui de la paralysie agitante chez un enfant (COLLIER), 254.
- Trépanation** dans un cas d'épithélioma du cuir chevelu ayant envahi le crâne et la dure-mère (DE MARTEL), 325.
- décompressive du côté de l'hémisphère sain dans certains cas d'hémorragie cérébrale (MARIE), 196.
 - (Syndrome d'hypertension intracrânienne, — et guérison depuis cinq ans) (SOUQUES), 587.
 - tardive pour coup de feu. Extraction du projectile. Lésions du pli courbe avec cécité verbale. Guérison (STEFANI), 411.
- Treponème pâle** dans le cerveau des paralytiques généraux (NOGUCHI), 640.
- (MOORE), 641.
 - (MARINESCO et MINEA), 641.
 - (MARIE, LEVADITI et BANKOWSKI), 641, 642.
 - dans les méninges dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale (MARINESCO et MINEA), 641.
 - Présence constante dans le cerveau des paralytiques morts en ictus (MARIE, LEVADITI et BANKOWSKI), 642.
 - dans le sang des paralytiques (LEVADITI et DANULESCO), 643.
 - en cultures pures (NOGUCHI), 643.
 - dans le cerveau des paralytiques vivants (BÉRIEL et DURAND), 643.
 - Relation avec les lésions de la paralysie générale (MARINESCO et MINEA), 643.
- Triatoma magista** (Formes nerveuses d'une nouvelle trypanosomiase. Trypanosoma Cruzi inoculé par —) (CHAGAS), 95.
- Tribunaux d'enfants** (Vœu médical pour le fonctionnement des —) (COLLIN et ALEXANDRE), 884.
- Trijumeau** (Syringomyélie unilatérale avec troubles de la sensibilité à topographie spéciale dans le domaine du —) (CERISE et BOLLACK), 300.
- (Distribution segmentaire du noyau de la racine spinale du —) (WOONS), 567.
- Trophiques** (TROUBLES). V. *Syringomyélie*.
- Trophœdème chronique tardif** (GEREST et MARCONNET), 373.
- du membre supérieur (CHATELIN et ZUBER), 459.
- Trophonévrose** du membre inférieur (DEJERINE et PÉLISSIER), 292.
- Troubles**. V. *Langage*, *Mentaux*, *Parole*, *Psychiques*, *Sensibilité*.

Trypanosoma Cruzi (Formes nerveuses d'une nouvelle trypanosomiasis. — inoculé par *Triatoma magista*) (CHAGAS), 95.

Trypanosomiasis (Formes nerveuses d'une nouvelle —. *Trypanosoma Cruzi* inoculé par *Triatoma magista*) (CHAGAS), 95.

Tubercules. V. *Bulbe*, *Cerveau*, *Cervelet*, *Moelle*, *Protubérance*.

Tuberculeuse (Thyroidite —) (WEITZEL), 46.

— (Névrite optique monolatérale de forme particulière chez une —) (CHEVALLEREAU), 360.

Tuberculeux syphilitique (Poliomyélite antérieure à début scapulo-huméral chez un —) (GIRAUD et GUEIT), 202.

— *pulmonaires*, troubles nerveux et psychiques (MORALT), 55.

Tuberculine dans la paralysie générale (JOUKOVSKY), 662.

—, méthode pyrogénétique (FRIEDLANDER), 662.

Tuberculose. Ramollissement hémorragique du cervelet, du pédoncule cérébelleux supérieur, du pédoncule cérébral, de la circonvolution de l'hippocampe à droite; phlébite et thrombose de la veine basilaire droite, pachyméningite localisée (BEAUSSART), 36.

— et *ZODIA* (BERNARDEAU), 407.

— (Neurasthénie et —. Pseudoneurasthénie tuberculeuse) (DE BLOCK), 574.

— *des surrénales*. V. *Surrénales*.

Tumeurs. V. *Bulbo-protubérantielles*, *Cerveau*, *Cervelet*, *Moelle*, *Palpébrale*, *Protubérance*, *Ponto-cérébelleuse*, *Thalamus*.

Typhique (Myélite méta — chez un enfant. Bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection) (RENAULT et LÉVY), 44.

— (Spondylite — à forme pseudo-paralitique) (TAPE), 44.

Typhique (Syndrome cérébello-spasmodique post—) (MARIE, FOIX et BOUTTIER), 347.

Typhoïde (Syndrome cérébello-spasmodique transitoire dans la convalescence d'une —) (BARIÉ et COLOMBE), 35.

— (Paralysie bulbaire dans la —) (FITZ, BRIGHAM et MINOR), 38.

— (Aphasie dans la — infantile) (BRELET), 410.

— (Méninigites éberthiennes et manifestations méningées de la —) (WEISSENACH), 419.

Typhus pellagreu, pathogénie (KOTZOWSKY), 695.

U

Ulcéro-cancer (Crises gastriques tabéiformes au cours d'un — de la petite courbure) (DUMOT et LEROY), 242.

Unverricht (SYNDROME D') (Myoclonie et épilepsie. —) (AUSTREGESILLO et AYRES), 746-750.

Uranisme: enlèvement de mineur par un inverti (ROUBINOVITCH et BOREL), 537.

Urémie (Anatomie pathologique du système nerveux dans l'— simulant la paralysie du vague) (SILVAN), 426.

— à forme tétanique (BERGÉ et PERNET), 696.

Uréo-sécretoire (Coefficient — d'Ambar dans la paralysie générale) (ODREGIA, URECHIA et POPEIA), 647.

Urobilinurie dans les psychoses prénatales (BOUTENKO), 529.

V

Vague (Anatomie pathologique du système nerveux dans l'urémie simulant la paralysie du —) (SILVAN), 426.

Vaisseaux cérébraux. V. *Cérébraux*. — *sanguins* (Nerfs centripètes des —) (KAUFMANN), 513.

Vaso-motrice (Basedowisme ou névrose —) (ALQUINN), 393-401.

— (Fonction — de la moelle épinière) (ADECCO), 638.

Veine basilaire. V. *Basilaire*.

Verbo-motrices (Existe-t-il des images —?) (CLAPARÈDE), 689.

Vertébral (CANAL), tumeur intra-durémienne, ablation (NEWMARK et SHERMAN), 759.

Vertébrale (ARTÈRE), anévrisme et néphrite interstitielle (BAGNONNEIX), 38.

—, dilatation anévrismale comprimant la moelle et le bulbe rachidien (SILVAN), 568.

Vertèbres cervicales (Atrophie musculaire des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire par ostéosarcome des dernières —) (MARIE et CHATELIN), 857.

Vertige anémique des vieillards (GALLOIS), 354.

— *de Ménière*, sa nature fréquemment syphilitique. Guérison par le 606. Réaction de Herxheimer (MILIAN), 190.

—, traitement par la fibrolysine (SACO), 705.

Vertiges chez les tuberculeux. Valeur sémiologique de la toux vertigineuse (LESIEUR et TRÉVENOT), 190.

Vésanique (HÉRÉDITÉ) *similaire* (DEMAR), 381.

Vestibulaires (RÉACTIONS) dans un cas de lésion de l'hémisphère cérébelleux droit (MONTET), 34.

Vieillards. Vertige anémique (GALLOIS), 354.

Vie sensorielle du nouveau-né (CANESTRINI), 352.

— *scruelle* (MONIZ), 352.

Virilisme épiphysaire (SICARD et HAGENAUX), 858.

Virus de la poliomyélite (Myélite transverse infectieuse aiguë due au —) (SACHS), 198.

—, expériences de transmission. Découverte du virus dans la sécrétion nasale, quatre mois après la période aiguë d'une attaque de poliomyélite (LUCAS et OSGOOD), 199.

Vision binoculaire (Perceptions visuelles, —, vision monoculaire) (ERBA), 353.

Vitiligo à topographie en ceinture (BACALOGU et PARRON), 573.

— et syphilis (GAUCHER, GOUGEROT et AUDEBERT), 111.

Viscères abdominaux (Poids des — et thoraciques des glandes sexuelles, des glandes à sécrétion interne et des globes oculaires du rat blanc selon le poids du corps) (HATAI), 353.

Voies cérébrales, spécialement voies motrices verbales (MINGAZZINI), 411.

— commissurales (Alcoolisme avec dégénération systématique des — du cerveau) (CESARIS-DENNEL), 751.

Valeur typique. Aperçu de criminologie sicilienne (VERDIRAME), 533.

Volkman (MALADIE DE) au membre inférieur. Guérison par le massage et la mécanothérapie (VINCENT et GAUTIER), 766.

Volontaire (Mécanisme nerveux de la motilité —) (DEADORN), 684.

Vomissements acétonémiques et encéphalite aiguë (BADONNEIX et BLECHMANN), 239.

Vue et perceptions visuelles (ERBA), 353.
— (Cas de myxœdème avec trouble particulier de la —) (JANKOWSKY), 372.

W

Wassermann (RÉACTION DE) dans le liquide céphalo-rachidien de syphilitiques aux périodes secondaires et primaires (FRAENKEL), 36.

— (Maladie de Basedow avec sclérodermie et — positive. Traitement par le salvarsan) (ZIEGLER), 49.

—, traité (BOAS), 229.

— (Étiologie de l'épilepsie et de l'idiotie. Rôle de la syphilis, sa recherche par la —) (AUBLANT), 523.

— chez les aliénés noirs de l'Alabama (IVEY), 656.

—, paralysie générale et salvarsan (SICARD et REILLY), 656.

Wassermann (RÉACTION DE) (Maladie osseuse de Paget. — négatif) (ALFRED-KHOURY), 697.

Werdnig-Hoffmann (Atrophie musculaire spinale des enfants, type —) (PARSONS), 52.

Wernicke (Influence de — sur la psychiatrie clinique) (LIEFMANN), 378.

Westphal-Strumpell (Pseudo-sclérose de —) (WESTPHAL), 42.

X

Xanthochromie (Dissociation albuminocytologique et — du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de compression de la moelle) (RAVEN), 29.

— (Double ponction sus- et sous-lésionnelle dans un cas de compression médullaire : —, coagulation massive dans le liquide inférieur seulement) (MARIE, FOIX et BOUTTIER), 315.

Y

Yeux (Insuffisance congénitale des mouvements de la face et des —) (GUTHRIE), 765.

Z

Zéaisme négligé. Cas et traitement (SWIFT), 431.

Zona, étiologie et pathogénie (RAYMOND et LOT), 106.

— (Crises gastriques et —) (HAUTEFEUILLE), 187.

— (Tuberculose et —) (BERNARDEAU), 107.

— et paralysie radulaire du membre supérieur (SOUQUES, BAINDEVIN et LANTUEJOL), 724.

— (Périarthrite rhumatismale chronique consécutive à un —, localisée dans le territoire de l'éruption) (GUILLAIN et ROUTIER), 107.

— (Tabes et —) (SOUQUES, BAUDOUINET LANTUEJOL), 868.

— cervical et paralysie faciale (SOUQUES), 625-628, 736.

V. — TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

A

- ABADIE. V. Dupré, Abadie et Gelma.
- ABRAHAMSON (I.). Hémihypertrophie de la face, 253.
- Cas de dystonie musculaire déformante d'Oppenheim, 375.
- Névrome de l'acoustique, 757.
- ACHARD (Ch.) et LEBLANC (A.). Mal perforant consécutif à une gelure, 138 (1).
- — Paralyse infantile à forme paraplégique. Atrophie du bassin, 140.
- ACHARD (Ch.) et SAINT-GIRONS (Fr.). Deux cas de myxœdème consécutif à une infection aiguë de l'enfance, 371.
- ACKERMANN (V.). V. Jumentie et Ackermann.
- ADAM (Fr.). Accès confusionnels chez un persécuté persécuteur, 122.
- ADDIS (W.-R.). V. Bramwell et Addis.
- ADLER (A.). Les songes et leur explication, 54, 768.
- ADECCO (V.). Fonction vaso-motrice de la moelle épinière, 638.
- AFANASIEFF (N.). Matériaux pour l'étude des fonctions des lobes frontaux, 514.
- AGUILAR. Relations pathogéniques entre les réactions méningées de la poliomyélite infantile et la maladie de Heine-Medin, 198.
- AIME (Henri). Myoclonie mimique d'origine émotive, 254.
- ALAJOUANINE (Théophile). V. Ceillier et Alajouanine; Maillard et Alajouanine.
- ALEXANDRE (G.). V. Collin et Alexandre.
- ALEXIEFF (W.) (de Genève). V. Humbert et Alexieff.
- ALFÉEVSKY. Anatomie pathologique de la cysticercose du système nerveux, 517.
- Anatomie pathologique de l'épilepsie de Kojevnikoff, 522.
- ALFRED-KHOURY. Maladie osseuse de Paget. Réaction de Wassermann négative, 697.
- ALIX et DUNAN (de Fains, Meuse). Hémoptyses congestives sans lésions pulmonaires dans un cas de folie à double forme, 383.
- ALLAIRE. Nœvi avec hémihypertrophie du côté droit et angiomes multiples du côté gauche, 252.
- ALLAMAN (de Châlons-sur-Marne). Folie à deux. Deux sœurs persécutées possédées. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Hallucinations psycho-motrices et de la sensibilité générale, 544.
- (1) Les indications en chiffres gras se rapportent aux Mémoires originaux et aux Communications à la Société de Neurologie.
- ALQUIER (Louis). Basedowisme ou névrose vaso-motrice. Troubles vaso-moteurs avec cœur instable et facilement excitable, dyspepsie nerveuse, tremblements, troubles psychiques, 393-401.
- ALQUIER (L.). Discussions, 261, 268, 453.
- ANALRIC (Edmond). Hémichorée droite avec signes organiques, 416.
- AMANTEA (G.). Action de la strychnine et du phénol sur les zones non excitables de l'écorce cérébrale du chien, 93.
- AMOSOFF (M.-M.). Formes transitoires de la dystrophie musculaire progressive, 761.
- ANDRÉ-THOMAS. Syndrome cérébelleux résiduel chez un enfant opéré d'un abcès du cervelet. Prédominance des symptômes au membre supérieur du même côté. Déviation au dehors dans l'épreuve de l'index. Dynamétrie. Hyposthémie et anisosthémie des antagonistes, 134.
- Hémianesthésie cérébrale infantile. Hémiplegie motrice légère, localisée au membre supérieur, dans les muscles interosseux et les muscles du ponce. Dysmétrie. Asynergie. Synchronisme. Athétose du muscle peucier et des doigts, 148.
- Hémisyndrome bulbaire inférieur direct, 468.
- Contribution à l'étude des localisations cérébelleuses chez l'homme. A propos d'un cas d'abcès du cervelet suivi d'autopsie, 476.
- Discussions, 599, 716, 727.
- V. Dejerine et André-Thomas.
- ANDRÉ-THOMAS et CHAUFFOUR (H.). Hypertrophie musculaire et osseuse d'un membre inférieur avec croissance exagérée, 710.
- ANDRÉ-THOMAS et DURPT (A.). Localisations cérébelleuses, 682.
- ANDRÉ-THOMAS et LONG-LANDRY (Mme). Monoplégie pure du membre supérieur, motrice et sensitive, dissociée. Distribution pseudo-radulaire des troubles de la sensibilité, 307.
- ANDRIEU (Raymond). Accidents nerveux dans la maladie du sommeil, 442.
- ANGELA (C.) (de Turin). Rire et pleurer spasmodiques, 414.
- ANTHEAUME (A.) et PIQUERNAU. Genèse d'une rémission chez un paralytique général tabétique, 655.
- ANTON et BRAMANN. Traitement des affections cérébrales acquises et congénitales par la ponction du corps calleux, 25.
- ANTONA (S. D') (de Sienne). L'évolution des lésions artériosclérotiques dans les artères cérébrales, 567.

- APERT (E.) et ROUILLARD. *Chorée et syphilis chez une femme enceinte; Wassermann positif; chorée intense et compliquée chez une femme hérédo-syphilitique secondaire*, 207.
- ARDIN-DELTEIL, COUDRAY et DERRIEU. *Un nouveau cas de dementia præcoxissima*, 773.
- ARMBRUSTER. *Un cas d'enophtalmos traumatique*, 358.
- ARSIMOLES et LEGRAND. *Cancer métastatique et ostéoplastique secondaire à un cancer du sein chez une aliénée*, 115.
- ASCENZI (Odoardo). *Gigantisme infantile*, 251.
- ASCHANINE (de Saint-Petersbourg). *Paralyse générale et maladie d'Addison*, 651.
- ASHHURST (Astley Paston Cooper) et JOHN (Rutherford Lewis). *Traitement rationnel du tétanos avec rapport sur 23 cas observés à Philadelphie*, 108.
- ASTVATZATOUEFF. *Du réflexe de défense de Babinski*, 640.
- ATHANASSIO-BENISTI (Mine). V. Crouzon, Chatelein et Mme Athanassio-Benisti.
- AUBINEAU et CIVEL. *Tumeur palpébrale et paralysie de la VI^e paire dans la maladie de Recklinghausen*, 100.
- AUBLANT (H.). *Etiologie de l'épilepsie et de l'idiotie. Rôle de la syphilis par la réaction de Wassermann*, 523.
- AUDEBERT, V. Gaucher, Gougerot et Audébert.
- AUERBACH (Siegmund). *Un nouvel esthésiomètre*, 514.
- AUSTREGESILLO (A.) (de Rio de Janeiro). *Polynévrites scorbutiques*, 76-85.
- AUSTREGESILLO (A.) et AYRES (O.). *Myoclonie et épilepsie. Syndrome de Unverricht*, 746-750.
- AUSTREGESILLO (A.), PINHEIRO (Mario) et MARQUES (Eduardo) (de Rio de Janeiro). *Un cas de syndrome pluriglandulaire endocrinique*, 367.
- AVINIER (G.). *Abcès intra-duraux d'origine otique*, 214.
- AYRES (O.). V. Austregesillo et Ayres.
- AZÉMAR (G.). V. Salin et Azémar.
- B**
- BABCOCK (W. Wayne) (de Philadelphie). *Anesthésie spinale en gynécologie, en obstétrique et en chirurgie abdominale*, 387.
- BABINSKI (J.). *Désorientation et déséquilibre produites par le courant voltaïque*, 409, 816.
- *Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie)*, 845.
- *Discussions*, 602, 607, 616.
- BABINSKI (J.) et BARBÉ (A.). *Compression de la moelle par tumeur extra-dure-mérienne. Valeur localisatrice des réflexes cutanés de défense*, 262.
- BABINSKI (J.) et BARRÉ (A.). *Hématomyélie après laminectomie simple*, 784.
- *Myasthénie. Altérations à type Paget des os du crâne. Lésions de certaines glandes à sécrétion interne*, 786.
- BABINSKI (J.) et DAGNAN-BOUVERET (Jean). *Émotion et hystérie*, 819.
- BABINSKI (J.), DELHERM et JARKOWSKI. *Emploi simultané de deux courants en électro-diagnostic. Réaction faradique latente, farado-galvanisation, galvano-galvanisation*, 191.
- BABINSKI (J.), ENRIQUEZ (E.) et JUMENTIÉ (J.). *Compression de la moelle par tumeur extra-dure-mérienne; paraplégie intermittente; opération extractive*, 169-172.
- BABINSKI (J.) et GAUTIER (Cl.). *Pseudo-tabes et fibrillose sanguine*, 856.
- BABINSKI (J.) et JARKOWSKI (J.). *Sur les mouvements conjugués*, 73-76.
- BABINSKI (J.), LECÈNE (P.) et JARKOWSKI (J.). *Paraplégie crurale par néoplasme extra-dure-mérien. Opération. Guérison*, 801-805, 844.
- BABONNEIX (L.). *Anévrysme de l'artère vertébrale et néphrite interstitielle chez une jeune femme. Syphilis probable*, 33.
- *Le syndrome électrique de la réaction myotonique*, 685.
- *Discussions*, 837.
- BABONNEIX (L.) et BLECHMANN. *Vomissements acétonémiques et encéphalite aigue*, 239.
- BABONNEIX (L.) et SPANOWSKY (Mlle). *Deux cas d'adipose douloureuse*, 373.
- BACALOGLU et PARRON (de Jersey). *Sur un cas de vitiligo à topographie en ceinture*, 573.
- BACHELIER (E.). *Méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale*, 203.
- BADOLLE (Albert) (de Lyon). V. Bonamour et Badolle.
- BAINDEVIN. V. Souques, Bainevein et Lantuejoul.
- BALL (Charles-R.) (de Saint-Paul, Minn.). *Nature, diagnostic, pronostic et traitement de la paralysie générale*, 458.
- BALLET (Gilbert). *Psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité*, 118.
- *A propos du projet de réforme de la loi de 1838 concernant les aliénés*, 331, 350.
- *Presbyophrénie et démence sénile*, 439.
- *Discussions*, 389, 847.
- BALLET (Gilbert) et GENIL-PERRIN. *Examen du fond mental dans les démences*, 388.
- BALLET (Gilbert) et MALLET (Raymond). *Hallucinations et dissociation de la personnalité*, 117.
- BALZER. *Discussions*, 112.
- BANKOWSKI. V. Marie (A.), Lecaditi et Bankowski.
- BARAT (L.). *La substitution des images aux sensations. A propos d'un cas d'hallucinations et d'illusions multiples*, 825.
- V. Devaux et Barat.
- BARBÉ (A.). V. Babinski et Barbé; Laignel-Larastine et Barbé.
- BARIÉ (E.) et COLOMBE (J.). *Syndrome cérébello-spasmodique transitoire dans la convalescence d'une typhoïde*, 35.
- BARKOFF (A.). *Syphilis cérébro-spinale dans l'âge infantile*, 520.
- BARNABO (Valentino). *Sécrétion interne du testicule*, 368.

- BARNES (F.-H.). *Nécessité d'un traitement hospitalier précoce dans les maladies mentales*, 581.
- BARNÉ (A.). V. Babinski (J.) et Barré (A.).
- BARRÉ (A.), DESMARET et JOLTRAIN (F.). *Compression de la moelle par tumeur. Valeur localisatrice des réflexes cutanés de défense. Remarques cliniques et anatomo-pathologiques*, 269.
- BARTOLOTTI (CESARE). *Dystrophie endocrin sympathique; hypogénitalisme avec hémipomatose diffuse de la peau*, 410.
- BATTEN (Fredericks-E.). *Symptômes cérébraux chez un bouledogue associés à l'infiltration leucocytaire des vaisseaux et des membranes du cerveau et de la moelle*, 356.
- *Discussions*, 459.
- BATTEN (G.). *Association fonctionnelle entre la glande thyroïde et l'ovaire*, 45.
- BAUDOIN (A.). V. Souques, Baudoin et Lantuejoul.
- BAUDOIN (A.) et MARCORELLES (E.). *Paralysie radiale et syphilis*, 669-671-716.
- BAUMEL (L.). *Anormaux et arriérés*, 547.
- BAX et ROMAIN. *Hémorragie cérébro-méningée chez un brightique*, 414.
- BEAUSSART (P.). *Tuberculose. Ramollissement hémorragique du cercelet, du pédoncule cérébelleux supérieur*, 36.
- *Hémorragie cérébrale et hémorragies protubérantielles*, 37.
- *Calcifications partielles des noyaux gris centraux*, 98.
- *Diabète. Hémiplegie et hémianopsie droites. Démence organique avec accès confusionnels transitoires*, 437.
- BEAUVIEUX. *Syndromes oculo-sympathiques*, 400.
- BECHTEREW (W.) (de Saint-Petersbourg). *Manifestations principales de l'activité neuro-psychique dans l'étude objective de celle-ci*, 408.
- *Traitement des impulsions morbides et des états obsédants par la psychothérapie détournante*, 540.
- BELING (C.-C.) (de Newmark). *Amyotonie congénitale*, 53.
- BELLETRUD et FROISSART (P.) (de Pierrefeu). *Delire d'imagination*, 701.
- BELOT. *Traitement radiothérapique du goitre exophtalmique*, 48.
- BENDER (de Francfort). *Valeur du phénomène de Löwy, élévation de la pression sanguine par flexion de la tête en avant, pour le diagnostic de l'artériosclérose cérébrale*, 354.
- BENECH (Jean) (de Nancy). V. Spillmann et Benech.
- BENEDEK et DEAK. *Différence entre le sérum sanguin des paralytiques et des déments précoces dans leur rapport avec la production d'hémoglobines immunisantes*, 646.
- BENON (R.) (de Nantes). *Enfermement, anxiété périodiques et névroses de l'estomac*, 417.
- *Les névroses traumatiques*, 374.
- *Grippe et asthénie périodique*, 444.
- *Tristesse clinique et médico-légale des troubles psychiques et névrotiques post-traumatiques*, 576.
- *Manie et idiotie*, 703.
- BENON (R.) et BONVALLET (P.) (de Nantes). *Ictus, épilepsie jacksonienne et asthénomanie*, 116.
- BENON et CIER (H.). *Forme asthénique de la paralysie générale*, 653.
- BENON (R.) et DENÈS (P.) (de Nantes). *Traumatisme, paraplégie et dysthénie périodique*, 382.
- *Manie chronique*, 384.
- BENSIS. *Contribution à l'étude des tumeurs bulbo-protubérantielles*, 568.
- BERGÉ et PERNET. *Urémie à forme tétanique*, 696.
- BERGERET. V. Dupré, Heuyer et Bergeret.
- BÉRIEL (L.) et DEVIC (A.). *Lésions des nerfs par alcoolisation expérimentale*, 353.
- BÉRIEL et DURAND (P.). *Paralysies respiratoires*, 489.
- *Méningite tuberculeuse avec association de méningocoque*, 420.
- *Démonstration sur le vivant de la présence du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux*, 643.
- BÉRIEL, DURAND et MALESPINE. *Syndrome de Babinski-Nageotte. Ramollissement syphilitique du cercelet. Gommages de la surrénale*, 418.
- BERITOFF (J.-S.). *Innervation de quelques muscles de la cuisse dans le réflexe d'esquive de la grenouille spinale*, 513.
- BERKELEY (William-N.). V. Dana, Berkeley, Goddard et Cornell.
- BERNARDEAU (M.). *Tuberculose et zona*, 407.
- BERNHEIM (de Nancy). *Hallucinations physiologiques et pathologiques*, 118.
- *L'aphasie, conception psychologique et clinique*, 682.
- *De la psychothérapie*, 822.
- BERNSTEIN (E.-P.) et HORWITT (S.) (de New-York). *Syringomyélie, constatations anatomo-pathologiques*, 692.
- BERTOLANI (A.). *Sur une nouvelle méthode pour produire des lésions expérimentales des centres nerveux*, 509-510.
- BERTOLOTTI (de Turin). *Achondroplasie. Interprétation des variétés morphologiques basées sur l'ontogenèse*, 248.
- *Etude radiologique d'un cas de sclérodémie avec syndrome de Profichet*, 573.
- BESSIÈRE (René). *Paranoïa et psychose périodique*, 68.
- *Revue analytique sur la maladie d'Alzheimer*, 439.
- BIANCHI (V.). *Altérations histologiques de l'écorce cérébrale à la suite de foyers destructifs et de lésions expérimentales*, 92.
- BICKEL (de Bonn). *Sur l'influence de la constellation sur la réaction de choix sensorielle et sur les résultats de la méthode des constantes*, 825.
- BIESALSKI (K.). *Traitement orthopédique des maladies nerveuses*, 561.
- BILANCIONI (G.) (de Rome). *Céphalée d'origine thyroïdienne*, 49.
- BILLET. *Traitement des plaies du crâne par petits projectiles de guerre*, 492.
- BIRSTEIN (J.-A.) (de Moscou). *Etude psychologique dans un cas d'alcoolisme*, 377.
- *Psychologie des fumeurs*, 768.
- *Explication psychologique individuelle d'un symptôme nerveux*, 768.

- BLACKFORD (J.-M.) et SANFORD (A.-H.). *Résultats des injections intraveineuses d'extrait de goitre sur la pression sanguine des chiens*, 45.
- BLANC (de Saint-Etienne). *Goitre exophtalmique. Thyroïdectomie partielle*, 49.
- BLANCHARD (Abel). *Guérisons tardives étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec le divorce*, 538.
- V. Margarot et Blanchard.
- BLECHMANN (G.). V. Babonneix et Blechmann.
- BLOCH (Marcel). V. Foix et Bloch.
- BLOCK (DE). *Neurasthénie et tuberculose. La pseudoneurasthénie tuberculeuse*, 574.
- BLONDEL (Charles). *La psychophysiologie de Gall, ses idées directrices*, 818.
- BLONDEL (Charles) et PELISSIER (André). *Interprétations et réactions de défense*, 738.
- BLUMENAU (L.-B.) (Saint-Petersbourg). *Etude des tumeurs extra-médullaires de la moelle*, 519.
- BOAS (H.) (de Copenhague). *La réaction de Wassermann*, 229.
- BOHILLOT (Edgard). *Des délires de persécution d'origine alcoolique. Contribution à l'étude clinique et pathogénique*, 578.
- BOIGY (Maurice). *Introduction à la médecine des passions*, 575.
- BOINET. V. Gaucher et Boinet.
- BOKS (B.) (de Rotterdam). *Oedème congénital familial des extrémités inférieures*, 766.
- BOLLACK (J.). V. Cerise et Bollack.
- BONNAIRE, LÉVY-VALENSI et VIGNES. *Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine obstétricale*, 499.
- BONNAMOURE (S.) et BADOLLE (Abert) (de Lyon). *Syndrome ostéomalacique. Ses causes*, 696.
- — *Ostéomalacie. Syndrome de décalcification osseuse*, 697.
- BONNET (F.). V. Ezzière et Bonnet.
- BONNET et GARNIER. *Pseudo-paralysie de Parrot à siège anormal*, 427.
- BONNET et GATE. *Hémiatrophie de la moitié gauche du corps*, 253.
- — *Syphilis cérébrale avec paralysies multiples des nerfs crâniens*, 417.
- BONOLA (Francesco) (de Bologne). *Contribution à l'étude de la sclérose du névrase*, 570.
- BONVALLET (de Nantes). V. Benon et Bonvallet.
- BORCHHARDT. V. Oppenheim et Borchhardt.
- BOREL (P.). V. Pelissier et Borel; Roubinovitch et Borel.
- BOREL et CREILLIER. *Paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psychomotrices verbales obsédantes avec tendance au suicide*, 593.
- BORISSOW (J.). *Technique des expériences d'association*, 824.
- BOSCHI (G.). *Papyrophagie familiale*, 433.
- — *Une cunilite émolive subite est-elle possible?* 111.
- BOSWORTH (E.) et MAC CREADY (de Pittsburgh). *La débilité mentale et les enfants des écoles*, 548.
- BOUCHUT et VOLMAT. *Paralysie radiculaire du plexus brachial, type supérieur de Duchenne-Erb*, 215.
- BOUDON. V. Massary (de), Boudon et Châtelain.
- BOULLOCHER et PRUVOST. *Kyste hydatique du cerveau chez un enfant de six ans et demi*, 517.
- BOURAK (B.) (de Moscou). *Caractéristique anthropométrique de 16 garçons arriérés*, 547.
- BOUQUET (H.) (de Béja). *De la rachianesthésie à la novocaïne*, 387.
- BOURDIER (F.). *Méningites optiques et méningites optiques primitives*, 362.
- V. Emery et Bourdier.
- BOURGEOIS (R.). *Réactions encéphalo-méningées aseptiques*, 202.
- BOURGUIGNON (G.). *Localisation de l'excitation dans la méthode dite monopolaire chez l'homme. Pôles réels et pôles virtuels dans deux organes différents*, 409, 553-558 et 587.
- BOURGUIGNON (G.) et LAUGIER (H.). *Différences apparentes d'actions polaires et localisation de l'excitation de fermeture dans la maladie de Thomsen*, 93.
- BOUTENKO (A.-A.) (de Moscou). *Urobilinurie et urobilinogénurie dans les psychoses présentes et dans d'autres maladies*, 529.
- BOUTET (André). *Troubles mentaux développés à l'occasion de la grossesse*, 166, 389.
- BOUITTIER. V. Marie (P.), Foix et Bouittier.
- BOVERI (Pierre) (de Milan). *Réactions méningées dans le saturnisme chronique*, 204.
- *Sur une réaction nouvelle du liquide céphalo-rachidien*, 877.
- BRAILLON. *Syphilis cérébrale chez un addisonien*, 32.
- BRAMANN. V. Anton et Bramann.
- BRANWELL (Edwin) et ADDIS (W.-R.). *Myotomie atrophique*, 54.
- BRELET (de Nantes). *Aphasie dans la fièvre typhoïde infantile*, 410.
- BREM (Walter-V.) (de Los Angeles). *Traitement intensif des affections nerveuses syphilitiques contrôlé par les examens du liquide céphalo-rachidien*, 663.
- BRETEILLE (R.-G.). *Etude historique et médico-légale du masochisme*, 719.
- BRIAND (Marcel). *Morphinomane guérie par un sevrage brusque*, 426.
- *La première victime des bombes asphyxiantes*, 538.
- *Utilisation des aliénés pour l'accomplissement des délits*, 769.
- *Discussions*, 540.
- BRIAND (Marcel) et FILLASSIER. *Bouffée ambitieuse à l'occasion de faits exacts, chez un dégénéré, et délire ambitieux chez une débile*, 436.
- BRIAND (M.) et SALOMON (Jean). *Troubles intellectuels à forme dementielle avec apraxie passagère consécutifs à une intoxication par l'oxyde de carbone*, 441.
- — *Epilepsie avec impulsions érotiques; fétichisme du mouchoir chez un frotteur, fétichisme de la soie chez une voleuse de grands magasins*, 523.
- — *Utilisation d'un débile délirant pour commettre des escroqueries*, 532.
- — *Faux exhibitionnisme; attentats à la pudeur par deux dégénérés saturnins, alcooliques*, 537.

- — *Un maculateur de statues agissant dans un but philanthropique*, 538.
- BRIAND (Marcel) et VINCHON (Jean). *Amaurose. Tabes et troubles mentaux*, 242.
- — *Influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques*, 383.
- BRIDGMAN (Olga). *Débilité mentale et délinquance*, 533.
- BRIGHAM (F.-G.). V. Fitz, Brigham et Minot.
- BRILL (A.-A.) (de New-York). *Conception de l'homosexualité*, 537.
- BROCA (Auguste). *Pseudarthrose du péroné droit. Scoliose par inégalité des membres inférieurs*, 252.
- *Spina bifida latent avec tumeur*, 361.
- BROcq (L.), FENNET et MABREL. *Sclérodémie diffuse à développement rapide dans la syphilis secondaire*, 109.
- BROUWER (d'Amsterdam). *Hémiatrophie néo-cérébelleuse*, 418.
- BROWN (Ralph). *Paralysie générale*, 651.
- BROWN (T.-Graham) et SHERRINGTON (C.-S.). *Inversion des réactions corticales*, 636.
- *Réparation après lésion de l'écorce motrice chez le singe anthropomorphe*, 635.
- BRUCE (W.-Ironsido). *Traitement du goitre exophtalmique par les rayons X*, 48.
- BRUN (R.) et MOTT (F.-W.). *Histologie du système nerveux dans trois cas de myxœdème spontané*, 372.
- BRYANT (Frank-A.). *Le dégalement et son traitement*, 574.
- BUNMAN (Rudolph). V. Engman, Buhman, Gorham et Davis.
- BULLARD (W.-N.). *Les temps nouveaux en neurologie*, 235.
- BURN (W.) et CROW (C.-B.). *Écriture en miroir et autres mouvements associés, apparus en dehors de toute paralysie*, 565.
- BUSCAINO (Vito-Maria) (de Naples). *Influence du calcium sur les centres respiratoires*, 188.
- BUTTE. *Discussions*, 659.
- BYCHOWSKI. *Syndrome de Benedikt post-traumatique*, 570.
- *Deux cas d'hématomes subduraux*, 572.
- C**
- CADÉ et GOYET. *Atrophie musculaire progressive d'origine myopathique, type Leyden-Möbius, à début tardif*, 206.
- CADWALADER (Williams-B.) et CONSON-WHITE (E.-P.). *Rapports de la syphilis avec la dystrophie musculaire progressive*, 51.
- CADWALADER (Williams-B.) et SWETT (J.-E.). *Anastomose intra-dura-mérienne des racines pour le traitement des paralysies*, 761.
- CALLIGARIS (Giuseppe). *Sur les lignes hyperesthésiques de la peau*, 233.
- *Sur l'anesthésie hystérique de type longitudinal*, 558-560.
- CAMDESSÈDES. V. Sicard et Cambessès.
- CAMRON (J.). *États méningés durables chez les enfants*, 204.
- CAMP (Carl-D.). *Dégénération héréditaire. Dystrophie musculaire hypertrophique combinée à la dégénération du système nerveux central*, 765.
- CAMPBELL (B.-P.) (d'Edinburgh). *Causes et traitement des déformations consécutives à la poliomyélite antérieure*, 201.
- CAMUS (Jean). *Discussions*, 861.
- CAMUS (Jean) et ROUSSY (Gustave). *Cavités médullaires et méningites cervicales. Étude expérimentale*, 213-225.
- CAMUS (Paul). *Quelques considérations sur la psycho-analyse et la doctrine de Freud*, 824.
- CANAT (Maxime). *Étude de la paralysie spinale infantile*, 201.
- CANESTRINI (de Grasse). *Sur la vie sensorielle du nouveau-né*, 352.
- CANTONNET. *Rétinite septique et panophtalmie métastatique*, 40.
- CAPGRAS. V. Sérieux et Capgras.
- CAPGRAS et MOREL (L.). *Paralysie générale prolongée ou démence précoce*, 653.
- CAPGRAS et TERRIEN. *Pêlère d'imagination symptomatique*, 66.
- CAPPELLETTI (L.). V. Franchini et Cappelletti.
- CARLE (de Lyon). *Accidents dits « neurorécidives » consécutifs aux injections d'arseno-benzol*, 205.
- CARRAS (G.). V. Dide et Carras.
- CASATI (Eugenio). *Commotion cérébrale en clinique et dans l'expérimentation*, 197.
- CASTELLI (E.) (de New-York). *Localisation des tumeurs de la moelle. Leur traitement médical et chirurgical*, 361.
- CASTRO (Aloysio de) (de Rio de Janeiro). *Démarche latérale dans l'hémiplégie organique*, 415.
- CAUSSADE. V. Hanns et Caussade; Simon et Caussade.
- CAVAZZANI (E.). *Variations de l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale du lapin*, 92.
- CAZAL (de Toulouse). *Exostoses ostéogéniques multiples héréditaires*, 431.
- CEILLIER. V. Borel et Ceillier; Jumentié et Ceillier.
- CEILLIER (André) et ALAÏOUANINE (Théophile). *Pseudo-surdité verbale pure chez un halluciné de l'ouïe*, 388.
- CÉLIGNY (Mlle de). V. Salès et Céligny.
- CÉRISE (L.) et BOLLAK (J.). *Un cas de syringomyélie unilatérale avec troubles de la sensibilité à topographie spéciale dans le domaine du trijumeau*, 300.
- CERLETTI (Ugo). *Anatomie pathologique des démences*, 437.
- CESARIS-DENEL (A.) (de Pise). *Alcoolique avec dégénération systématique des voies commissurales du cerveau*, 751.
- CHAGAS (Carlos) (de Rio de Janeiro). *Formes nerveuses d'une nouvelle trypanosomiase inoculée par Triatoma magista*, 95.
- CHAIKOVITCH (M.-O.) (de Rostov). *Étude des soi-disant psychoses paranoïdes*, 540.
- CHAMPION (J.). *Injection d'iode de sodium et de cacodylate de soude dans les états mélancoliques*, 383.
- CHANNING (Walter). *Hôpital d'État pour psychopathes à Boston*, 120.

- CHARON (René) et COURBON (Paul) (d'Amiens). *Anormalité psychique et responsabilité relative*, 533.
- CHARPENTIER (René). *Aliénation mentale et criminalité. Statistique médico-légale des infractions aux lois ayant déterminé l'internement d'aliénés*, 533.
- CHARRON. V. Dufour, Thiers et Charron.
- CHARTIER. *Néuralgie radiale des automobilistes*, 424.
- CHASLIN (Ph.). *La psychiatrie est-elle une langue bien faite?* 16-23.
- CHATELIN (Ch.). Discussions, 459.
- V. Crouzon et Chatelin; Crouzon, Chatelin et Mme Athanassi-Benisti; Marie (P.) et Chatelin; Marie, Martel et Chatelin.
- CHATELIN (Ch.) et MEIGE (Henri). *Mouvements choréo-athétosiques ayant débuté par un torticolis convulsif et accompagnés de troubles de la parole*, 295.
- CHATELIN (Charles) et ZUBER. *Un cas de trophédème du membre inférieur droit*, 459.
- CHATELIN (Philippe). V. Massary (de), Boudon et Chatelin; Massary (de) et Chatelin.
- CHATIN et NOGIER. *Cas de paralysie hypertrophique*, 205.
- CHAUFFOUR (H.). V. André-Thomas et Chauffour.
- CHAUVET (Stephen). *Epilepsie Bravais-jacksonienne*, 517.
- CHEVALLEUREAU. *Nécrite optique monolatérale, de forme particulière, chez une tuberculeuse*, 360.
- CHEVALLEUREAU et OFFRET. *Erophtalmie consécutive à une inflammation des muscles extrinsèques de l'œil*, 39.
- CHEVRON (J.) (de Châlons-sur-Marne). *Chorée syphilitique*, 208.
- CHIARINI (de Rome). V. Nazari et Chiarini.
- CHIARUGI (Mario). *Rachicentèse dans les traumatismes crânio-encéphaliques*, 197.
- CHOMPRET (J.), IZARD (G.) et LECLERCQ (A.). *Mal perforant buccal et paralysie générale*, 650.
- CIARLA (de Rome). *De la pachyméningite cérébrale hémorragique*, 244.
- CIER (Henri). *Forme athénique de la paralysie générale*, 654.
- V. Benon et Cier.
- CIUFFINI (de Rome). *Echinocoques de la moelle et de la queue de cheval*, 758.
- CIVALLERI (A.) et ROASANDA (G.). *Deux cas de tumeur cérébrale*, 545.
- CIVEL. V. Aubineau et Civel.
- CLAPARÈDE (Ed.). *Existe-t-il des images verbo-motrices?* 689.
- CLAUDE (Henri). *État hallucinatoire avec exacerbations périodiques symptomatiques d'une hypertension intracrânienne*, 164.
- Discussions, 147, 604, 733, 736, 786, 837, 848, 858.
- CLAUDE (H.) et GOUGEROT (H.). *L'insuffisance pluriglandulaire totale tardive et les syndromes pluriglandulaires*, 366.
- CLAUDE (Henri) et QUERRY. *Syndrome particulier de la calotte pédonculaire (Troubles cérébelleux et agnosie)*, 840.
- CLAUDE (Henri) et ROUILLARD (J.). *Syndrome de Brown-Séquard incomplet par lésion traumatique unilatérale de la moelle. Prédominance des phénomènes d'hyperesthésie*, 288.
- CLAUDE (Henri), SCHAEFFER et ROUILLARD. *Troubles de la sensibilité profonde et de la discrimination tactile avec astéréognosie, localisés à un membre supérieur, chez un malade atteint de tumeur cérébrale*, 143.
- CLAUDE (Henri), TOUCHARD (P.) et ROUILLARD (J.). *Abcès cérébral à évolution très lente et apyrétique, épilepsie jacksonienne et aphasie tardives, ayant disparu après craniectomie. Mort par hypertension intracrânienne*, 795.
- CLEMENTI (A.) (de Rome). *Sur les mécanismes qui régissent la coordination des mouvements locomoteurs chez les diplopes*, 233.
- CLERAMBAULT (M. de). *Hypomoralité, alcoolisme, association avec une délirante revendicatrice*, 70.
- Obsessions diverses. *Scrupules; délit intentionnel*, 541.
- CLOUSTON (Thomas) (d'Edimbourg). *La question des vastes ailes d'Etat pour aliénés*, 581.
- CLUNET (J.). V. Roussy (J.) et Clunet.
- COCKAYNE (A.-E.). *Myopathie distale*, 53.
- *Hémiplégie avec nevus très étendu*, 755.
- COLIN. Discussions, 653.
- COLLET. *Psychopathies pharyngo-laryngées*, 434.
- COLLIER (James). *Tremblement unilatéral rappelant celui de la paralysie agitante chez un enfant*, 254.
- COLLIER (James) et WILSON (S.-A.-K.). *Sclérodémie généralisée avec atrophie musculaire grave*, 110.
- COLLIN (André). *Hypotonie et hystérie infantile*, 738.
- V. Lesage et Collin.
- COLLIN (André) et ALEXANDRE (G.). *Un cas médical pour le fonctionnement des tribunaux d'enfants*, 884.
- COLLIN (André) et HEUYER (G.). *Un cas de macrogénitosomie précoce*, 729.
- COLLIN, TERRIEN et VINCHON. *Psychose hallucinatoire et imaginative à longue évolution sans réaction notable*, 166.
- COLLIN (de Nancy). *Mitochondries des cellules nerveuses et névrogliques*, 25.
- COLLINS (Joseph) (de New-York). *Syphilis et système nerveux*, 33.
- *Relation entre des affections organiques du système nerveux et la maladie de Rigg*, 109.
- COLOMBE. V. Barié et Colombe.
- COLECCI (Cesare) (de Naples). *Pouls cérébral au point de vue physiologique*, 187.
- COMBY (J.). *Traitement de la chorée*, 208.
- *A propos du traitement de la chorée*, 209.
- *L'encéphalite aiguë chez l'enfant*, 237.
- *Infantilisme rénal*, 250.
- *Les méningites curables chez les enfants*, 363.
- *La chorée, maladie organique*, 527.
- COSNOS (B.) (de Constantinople). *Sclérose en plaques avec hémiplégie alternée*, 226-228.
- CORBIN. V. Moricheau-Beuchant, Guyonnet et Corbin.
- CORNELL (Walter-S.). V. Dana, Berkeley, Goddard et Cornell.

- CORNIL (Lucien). V. Roussy et Cornil.
 CORREA (Mendès). *Criminels portugais*, 699.
 CORSON-WHITE (E.-P.). V. Cadwalader et Corson-White.
 COSTEDOAT (A.). *Psychoses pénitentiaires*, 531.
 COT (Charles) et DUPIN (de Privas). *Insuffisance glandulaire et anormaux passifs dans l'armée*, 548.
 COTTENOT (P.). *Les traitements électriques de la névralgie faciale*, 694.
 COTTERILL (Denis). *Amyotonie congénitale*, 53.
 COUCHOUD (P.-L.). *Maladies mentales aux Indes*, 58.
 COUDRAY (J.) (de Tunis). *Blessure directe par coup de couteau d'une branche de l'artère sylvienne*, 195.
 COUDRAY (Max). V. Ardin-Delteil, Coudray et Derriev.
 COURBON (Paul) (d'Amiens). *Interprétation délirante et perceptivité cénesthétique*, 257.
 — V. Charon et Courbon.
 COUTEAUD (M.). *Abcès métastatiques de l'encéphale en rapport avec les suppurations hépato-pulmonaires*, 357.
 COWDRY (de Chicago). *Mitochondries des cellules des ganglions spinaux*, 26.
 CRAIG (C.-Burns) (de New-York). *Manifestations légères de la syringomyélie*, 691.
 CRAMER (W.). V. Feiss et Cramer.
 CRENDIROPOULO (Millon). V. Ruffier et Cren-diropoulo.
 CROUZON (O.) et CHATELIN (Charles). *Sclérose combinée subaiguë d'origine anémique*, 456.
 — — *Un cas de migraine ophtalmoplégique*, 734.
 CROUZON (O.) et LÉCHELLE. *Tubercules cérébraux multiples*, 872.
 CROUZON (O.), CHATELIN (Ch.) et ATHANASIOU-BENISTI (Mine). *Quadruplégie et diplégie faciale d'origine polynevrilique avec anasarque considérable des membres inférieurs de cause inconnue*, 592.
 — — — *Sclérose en plaques ou pseudo-sclérose en plaques? Affection organique ou affection psychonévropathique?* 604.
 CROW (C.-B.). V. Burr et Crow.
 CUILLE (de Saint-Pé de Bigorre). *Un cas d'hydrocéphalie*, 357.
 CURTI (Eugenio) (de Pavie). *Physiopathologie des lobes frontaux*, 355.
 CYRIAX (Edgar). *Gymnastique médicale considérée comme prélude à l'éducation physique des enfants arriérés*, 704.
 CYRIAX (E.-F.) et CYRIAX (R.-J.). *Excitation mécanique du ganglion coecygien*, 685.

D

- DAGNAN-BOUVERET (Jean). V. Babinski et Dagnan-Bouveret.
 DALMAS (P.). V. Rodiet et Dalmas.
 DAMAYE (Henri) (de Bailleul). *La thérapeutique des maladies mentales*, 580.
 — *Psychose toxique grave; ses rapports avec la paralysie grave*, 650.

- DAMAYE (Henri) et MARANG (J.) (de Bailleul). *Hérédo-syphilis. Arriération intellectuelle congénitale transformée en paralysie générale*, 651.
 DAN (C.). V. Parhon, Dumitresco et Dan.
 DANA (Charles-L.), BERKELEY (William-N.), GODDART (H.-H.), CONNELL (Walter-S.). *Les fonctions de la glande pinéale, expériences et essais d'opothérapie pinéale*, 366.
 DANO. *Nouvelle méthode d'électro-diagnostic*, 194.
 DANULESCO. V. Levaditi et Danulesco.
 DAVID (I.) (de Galatz). *Diphthérie paralysante*, 427.
 DAVIDENKOFF (Serge). *Rigidité paralysante de l'état de veille. Etude du syndrome lentculaire*, 97.
 — *En quoi consistent réellement les phénomènes de la excité psychique*, 565.
 — *Sur certains troubles psychiques observés dans l'aphasie*, 806-810.
 DAVIS (R.-H.). V. Engman, Buhman, Gorham et Davis.
 DEADBORN (Georges-V.-N.). *Le mécanisme nerveux de la motilité volontaire*, 684.
 DEAK. V. Benedek et Deak.
 DEBRÉ (Robert) et PARAF (Jean). *Coagulation massive du liquide céphalo-rachidien déterminée par une méningite bacillaire*, 761.
 DEBOT (E.) (de Lille). *Syndrome hémibulbaire. Hémianesthésie alterne avec dissociation thermo-analgésique. Triade oculopapillaire sympathique unilatérale*, 37.
 DEJERINE (Mine). *Allocution présidentielle*, 127.
 DEJERINE (J.). *Discussions*, 133, 327, 475, 586, 588, 612, 616, 709, 721, 726, 834, 840, 847, 851.
 DEJERINE (J.) et ANDRÉ-THOMAS. *De la restauration du langage dans l'aphasie de Broca, à propos de deux cas suivis d'autopsie*, 686.
 DEJERINE (J.) et JUMENTIÉ (J.). *Un cas de syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs, suivi d'autopsie*, 271.
 — — *Un cas d'hémianopsie avec réaction pupillaire hémianopsique, suivi d'autopsie*, 273.
 — — *Un cas de tabes périphérique*, 464.
 DEJERINE (J.) et KREBS (E.). *Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine traumatique et datant de l'enfance, avec syndrome sympathique. Hémiatrophie faciale et troubles sensitifs étendus*, 321.
 DEJERINE (J.) et PELISSIER (A.). *Trophonévrose du membre inférieur gauche*, 292.
 — — *Un cas de paralysie verticale du regard*, 607.
 — — *Un cas de paralysie pseudo-bulbaire suivi d'autopsie*, 774.
 DEJERINE (J.) et SALÈS. *Microscopie au cours d'une paralysie unilatérale de l'accommodation*, 304.
 DELÉARDE et VALETTE. *Théorie organique de la chorée de Sydenham*, 527.
 DELHERM (Louis). *Contraction galvanotonique dans la réaction de dégénérescence avec hypoexcitabilité galvanique*, 191, 192.

- DELHERM. *Electro-diagnostic de la myopathie*, 203.
 — V. Babiniski, Delherm et Jarkowski.
 DEMAY (Georges). *L'hérédité vésanique similaire*, 381.
 — *Psychoses familiales*, 543.
 — *Délire systématique d'origine onirique chez un débile*, 543.
 — V. Libert et Demay.
 DEMAY (G.) et HÉRISON-LAPARRE. *Tumeur de la couche optique. Absence de syndrome thalamique*, 99.
 DEMOLE (V.) (de Genève). *La réaction de Moriz Weiz dans les maladies mentales*, 85-90.
 DEMOULIN. *Traitement des plaies du crâne par petits projectiles dans la pratique civile*, 193.
 DENÈS (P.) (de Nantes). V. Benon et Denès.
 DENTI DI PIRAINO (P.). *Cas de maladie de Parkinson*, 254.
 DERGUM (F.-X.). *Somnolence profonde ou narcolepsie*, 563.
 — *Hémiplégie cérébrale avec flaccidité, atrophie et perte des réflexes*, 518.
 DERGUM (F.-X.) et ELLIS (A.-G.). *Examen des glandes à sécrétion interne dans huit cas de démence précoce*, 771.
 DERRIEN, EUZIERE et ROGER (de Montpellier). *Dissociations albumino-cytologiques du liquide céphalo-rachidien. Dissociation par hyperalbuminose*, 30.
 DERRIEN. V. Ardin-Delleil, Coudray et Derrien.
 DESCOMPS (Paul). V. Villaret et Descomps.
 DESMAREST (E.). *Moyens propres à réparer les pertes de substance de la dure-mère*, 704.
 — V. Barré, Desmarest et Joltrain.
 DESMARQUET. *Baillement hystérique*, 433.
 DESPUJOLS. *Etude de la méningite cérébro-spinale épidémique à forme chronique*, 420.
 DÉTHÉ (Georges-Raoul). *L'avenir des prématurés, ses rapports avec la syphilis héréditaire*, 236.
 DEVAUX (Albert). V. Malfilatre et Devaux; Merklen et Devaux.
 DEVAUX et BARAT. *Histoire clinique d'une méningite suppurée*, 166.
 DEVEAU (Ludovic). *Rhumatisme articulaire aigu traumatique. Expertise médico-légale*, 109.
 DEVIC (A.). V. Bériet et Devic; Froment et Devic.
 DICK (G.-F.) et ROTHSTEIN (T.) (de Chicago). *Streptocoque déterminant des symptômes de chorée chez le chien*, 206.
 DIDE (Maurice) et CARRAS (G.) (de Toulouse). *Psychose périodique complexe. Délire d'interprétation. Psychose excito-dépressive. Obsessions et impulsions*, 70.
 DIDE (Maurice) et LÉVÊQUE (Mlle Juliette) (de Toulouse). *Psychose à base d'interprétation passionnée. Un idéaliste passionné de la justice et de la bonté*, 62.
 DIDE (Maurice) et PEZET (Charles) (de Toulouse). *Syndrôme occipital avec dyspraxie complète surajoutée*, 412.
 DIEDENDORF (Allen-Ross). *Symptômes mentaux de la chorée aiguë*, 207.
 DOBROVOLSKY. *Pathogénie de l'athétose*, 416.
 DONAGGIO (A.) (de Modène). *Lésions des cellules nerveuses dans la maladie des jeunes chiens, dans la rage et dans les combinaisons expérimentales des causes pathogènes*, 563.
 DONTCHÉF-DEZEUXE (Mme). *L'image mentale et les réflexes conditionnels dans les travaux de Pavlov*, 811.
 DOPTER (Ch.). *Contagiosité de la méningite cérébro-spinale*, 612.
 DREY et MALESPINE. *Le tabes amyotrophique*, 241.
 DUBOIS (Jean). V. Guillaïn et Dubois.
 DUBOIS (Robert). V. Seglas et Dubois.
 DUBOIS (de Berne). *Rôle de l'émotion dans la genèse des psychopathies*, 57.
 DU CASTEL. V. Laignel-Lavastine et Du Castel.
 DUCLOS. V. Ducosté et Duclos.
 DUCOSTÉ (Maurice) (d'Alençon). *Deux observations de délire d'interprétation*, 61.
 DUCOSTÉ (Maurice) et DUCLOS. *Epilepsie larvée et démence*, 523.
 DUCUING. V. Nanta, Ducuing et Ducuing.
 DUFOUR (Henri). *Aphasie motrice (aphasie par amnésie verbale) et paralysie du bras droit. Ramollissement du pied de la troisième frontale gauche*, 497.
 — *Sur la contraction idio-musculaire dans la polyneurite*, 583.
 — *Discussions*, 300, 586.
 DUFOUR (Henri) et LEGRAS. *Impossibilité transitoire d'exprimer la pensée par la parole et l'écriture. Lésion tuberculeuse localisée sur le pied de la frontale ascendante, effleurant le pied de la III^e frontale gauche. Aphasie par amnésie verbale*, 584.
 DUFOUR (H.), THIERS et CHARRON. *Etiologie de la chorée*, 207.
 DUFOURT (de Lyon). V. Gallacardin et Dufourt.
 DUHEM (Paul). V. Laignel-Lavastine et Duheim; Souques et Duheim.
 DUHOT. V. Pierret et Duhot.
 DUHOT et LEROY. *Criées gastriques tabétiques au cours d'un ulcère-cancer de la petite courbure*, 242.
 DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (R.) et DUMAS (J.). *Méningites à paraméningocoques*, 105.
 DUMAS (J.). V. Dujarric de la Rivière et Dumas.
 DUMAS (G.) et LAIGNEL-LAVASTINE. *Variations de pression du liquide céphalo-rachidien dans leurs rapports avec les émotions*, 163.
 DUMITRESCO (G.). V. Parhon, Dumitresco et Dan; Parhon, Dumitresco et Nissipesco.
 DUNAN (de Fains). V. Alix et Dunan.
 DUPAIN et PROVOST. *Moyen de défense chez les persécutés*, 122.
 DUPIN (de Privas). V. Cot et Dupin.
 DUPOUY (Roger). *Un cas d'hallucinoïse (hallucinations visuelles et auditives sans idées délirantes)*, 164.
 — V. Marchand et Dupouy; Rogues de Fursac et Dupouy.
 DUPRÉ (Ernest). *Discussions*, 455, 456, 486, 501, 602, 709.

DUPRÉ (E.). *ABADIE et GELMA. Les faux policiers mythomanes*, 335.

DUPRÉ (E.) et HEUYER. *Chorée chronique intermittente à début infantile*, 595.

DUPRÉ (E.), HEUYER et BERGEY. *Syndrôme de Brown-Séquard. Plaie de la moelle par balle*, 721, 741-745.

DUPRÉ (E.) et LE SAVOUREUX. *Palilalie chez une pseudo-bulbaire*, 453.

DUPRÉ (E.) et MARMIER. *Auto-émasculation dans un raptus anxieux. Rôle de la suggestion étrangère*, 380.

— — *Paralytiques généraux condamnés en pleine démence*, 648.

DUPUY (Raoul). *Enfants arriérés*, 547.

— *Un enfant arriéré. Considérations physiopathologiques*, 548.

DURAND (Jacques). *V. Ramond et Durand*.

DURAND (P.). *Etiologie de l'herpès dans la méningite cérébro-spinale*, 520.

— *V. Bériet et Durand*.

— *V. Bériet, Durand et Malespine*.

DURUPT (A.). *V. André-Thomas et Durupt*.

DUSTIN (A. P.) et LIPPENS (Adrien) (de Bruxelles). *Névrome d'amputation*, 762.

E

EDDY (Nathan-B.) (de New-York). *Syphilis cérébrale*, 32, 23.

EDINGER (L.) (de Francfort). *Le cercelet et le statotonus*, 512.

— *Substitution de la gélatine au baume dans les préparations microscopiques*, 514.

EDINGER (L.) et FISCHER (B.). *Un homme sans cerveau*, 636.

ELLIS (A.-G.). *V. Dercum et Ellis*.

EMERSON (Francis-P.) (de Boston). *Abcès temporo-sphénoïdal avec symptômes méningés*, 754.

EMERY et BOURDIER (F.). *Les neuroréductives*, 666.

ENGMAN (F.), BUSHMAN (Rudolph), GORHAM (F.-D.), et DALIS (R.-H.) (de Saint-Louis). *Liquide céphalo-rachidien dans cent cas de syphilis*, 31.

ENRIQUEZ (E.). *V. Babinski, Enriquez et Jumenté*.

EPPELBAUM-STRESSER (V.). *Etude de la psychologie de la démence précoce*, 770.

ERB (W.). *Tabs*, 240.

ERDA (Antonio dell'). *Physiologie des perceptions visuelles. Vision monoculaire, vision binoculaire*, 353.

ERIXON (E.). *Epilepsie au Caucase*, 521.

ERMAKOW (J.). *Freud et Bleuler*, 824.

— *Méthode cathartique psychothérapeutique*, 824.

ESPINE (A. d'). *Troubles de l'équilibration dans la méningite tuberculeuse*, 422.

ESPOSITO (G.). *Paranoïa et psychose maniaque dépressive*, 67.

EZIERE. *V. Derrien, Ezrière et Roger; Grynfeld et Ezrière*.

EZIERE (J.) et BONNET (F.). *L'hémorragie méningée chez la parturiente*, 243.

F

FAIRISE. *V. Hanns et Fairise; Haushalter et Fairise; Simon, Fairise et Hanns*.

FAIVRET. *Coma cancéreux et coma dyspeptique*, 355.

FAURE-BEAULIEU. *V. Lereboullet et Faure-Beaulieu*.

FAVORSKY (A.). *Paralysie des membres inférieurs avec exagération des réflexes cutanés de défense*, 814.

FAZIO (Ferdinando). *Myoclonie épileptique familiale*, 522.

FEDERICI (Osvaldo) (de Rome). *De la porcéphalie des enfants*, 357.

FEISS (H.-O.). *Recherches sur la régénération nerveuse*, 752.

FEISS (F.-O.) et CRAMER (W.). *Nature de la dégénérescence wallérienne*, 752.

FELIZIANI (Francesco) (de Rome). *Traitement de la chorée par les injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie*, 210.

FERNET. *V. Brocq, Fernet et Mauré*.

FILLASSIER. *V. Briand et Fillassier*.

FINNE (F.-N.) (de Saint-Petersbourg). *Gliomatose centrale avec oblitération diffuse du canal cérébro-spinal*, 519.

FISCHER (B.). *V. Edinger et Fischer*.

FITZ (R.), BRIGHAM (F.-G.) et MINOT (J.-J.) (de Boston). *Paralysie bulbaire dans la typhoïde*, 38.

FLATAU (de Varsovie). *La migraine*, 351.

FLEISCHMANN (R.). *Paralysie de Landry due à une intoxication par le salvarsan*, 40.

— *V. Schumm et Fleichmann*.

FLEURY (Maurice de). *Génèse et traitement de l'épilepsie commune*, 525.

FLOURNOY (Henri). *Epilepsie émotionnelle*, 767.

FOIX (Ch.). *Discussions*, 316, 586, 592, 785.

— *Marie (P.) et Foix; Marie (P.), Foix et Bouthier*.

FOIX (Charles) et BLOCH (Marcel). *Diagnostic de la syphilis cérébro-spinale par le laboratoire*, 34.

FOLEY. *V. Lévi et Foley*.

FORBES (A.). *Inhibition réflexe du muscle squelettique*, 512.

FORGUE (E.) et RAUZIER (G.). *Abcès du cercelet d'origine otique*, 755.

FORLI (Vasco) (de Rome). *Paranoïa et syndrome paranoïde*, 68.

— *Les psychoses névralgiques et migraineuses*, 381.

FORNARIER et MAGITOT. *Plicatures de la rétine en voie de développement*, 359.

FORCARINI (Rodolfo) (de Rome). *Dégénération primaire expérimentale de la moelle*, 40.

FOUQUET (Ch.). *Alopécie circonscrite du cuir chevelu consécutive à un shock nerveux*, 111.

FOURNIÉ (Jacques). *Procidence mastoïdienne de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne*, 197.

FOY (Robert). *Traitement du bégaiement*, 431.

FRENKEL (Max). *Signification de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien de syphilitiques*, 30.

FRANÇAIS (Henri). *Pseudo-tumeur cérébrale et méningite séreuse ventriculaire*, 364.

— *Sur un cas de syringomyélie*, 831.

FRANCHINI (G.) et CAPPELLETTI (L.). *Position nosologique de la paranoïa*, 68.

- FRÉDÉRICQ (Henri). *Résistance comparée des nerfs et des muscles de grenouille à la compression mécanique*, 754.
- FRÉMONT (J.-P.). *La maladie des caissons*, 235.
- FREUND (H.). *Fièvre par piqûre des centres comme expression du pouvoir régulateur thermique*, 635.
- FRIBOURG-BLANC (A.). *Etude de l'enfance coupable*, 534.
- FRIEDLANDER (de Francfort). *Emploi de la méthode pyrogénétique en psychiatrie*, 662.
- FRÖLICH (R.). *Fracture du crâne obstétricale. Torticolis congénital*, 196.
- *Présentation d'un encéphalocèle*, 198.
- FROISSART (P.). V. Belletrud et Froissart.
- FROMENT et DEVIC. *Etude de la cécité, de la surdité verbale et de la paraphasie*, 440.
- FROMENT et GENET. *Migraine ophtalmique*, 375.
- FROMENT (J.) et MONOD (O.) (de Lyon). *Du langage articulé chez l'homme normal et chez l'aphasique*, 687.
- FRÖSCHEL (de Vienne). *Traitement des aphasies*, 690.
- FULCI (Francesco) (de Rome). *Leptoméningo-encéphalite aiguë hémorragique dans l'infection charbonneuse chez l'homme*, 761.
- FULLER (Salomon-C.). *Maladie d'Alzheimer. Relation d'une observation*, 438.
- FULLER (S.-C.) et LOWELL (J.-F.). *Un cas de chorée de Huntington*, 527.
- G**
- GADELIUS (Brow). *Foi et superstition dans l'ancien temps*, 376.
- GAILLARD (L.). *Atrophie unilatérale du grand dentelé et myopathie progressive*, 53.
- GALEZOWSKI. *Hétérochromie de l'iris*, 359.
- *Rétinite exsudative syphilitique*, 359.
- V. Sicard et Galezowski.
- GALI (Géza). *Thyroïdite post-typhique tardive et maladie de Basedow secondaire*, 47.
- GALIMBERTI (A.). *Hémiatrophie faciale contemporaine d'une hémiatrophie dorsale du côté opposé*, 253.
- GALLAIS (Alfred). *Délire interprétato-hallucinatoire systématique chronique, sans affaiblissement dementiel*, 63.
- GALLAVARDIN (L.) et DEFOURT. *Block total et fibrillation auriculaire sans accidents nerveux*, 355.
- GALLOIS (P.). *Vertige anémique des vieillards*, 354.
- GARBINI (Guido). *Les glandes à sécrétion interne dans l'empoisonnement expérimental chronique par l'alcool*, 365.
- GARDINER (H.). *Syringomyélie*, 691.
- *Cotes cervicales bilatérales*, 698.
- GARNIER V. Bonnet et Garnier.
- GASTAUD. V. Sainton et Gastaud.
- GASTOU. *Discussions*, 659.
- GATÉ. V. Bonnet et Gaté; Savy et Gaté.
- GATTI (Ludovico) (de Gènes). *Traumatisme et paralysie générale*, 655.
- GAUCHER et BOINET. *Traitement de la lèpre par les injections intraveineuses de salvarsan et les piqûres d'abeilles*, 427.
- GAUCHER, GOUGEROT et AUDEBERT. *Vitiligo et syphilis*, 111.
- GAUCHERY. V. Lesage et Gauchery.
- GAUCHON (Raymond). *Pronostic chez les éclamptiques*, 108.
- GAUJOUX (E.). V. Mairet et Gaujoux.
- GAULIER. *Tétanos subaigu terminé par la guérison*, 429.
- GAUTHIER (Jean). *Pathogénie et étiologie de la paralysie agitante*, 254.
- GAUTIER (Cl.). *Discussions*, 209.
- V. Babiniski et Gautier; Vincent et Gautier.
- GATDA (T.). *Recherches d'électrophysiologie sur les tissus de soutien*, 353.
- GEELVINK. *Sur l'hyperphalangie*, 252.
- GELLHORN (George) (de Saint-Louis). *Anesthésie locale et spinale en gynécologie et en obstétrique*, 387.
- GELMA. V. Dupré, Abadie et Gelma.
- GEMELLI (Agostino) (de Milan). *La méthode des équivalents. Contribution à l'étude des processus de comparaison*, 229.
- *Illusions dans le champ des sensations tactiles*, 377.
- GENET. V. Froment et Genet.
- GENIL-PERRIN. V. Ballet et Genil-Perrin.
- GEORGHIE (Emile). V. Piqué et Georghiu.
- GEREST et MARCONNET. *Trophadème chronique tardif*, 373.
- GESTETNER (M.). *Contribution au réflexe du clignement*, 634.
- GHILARDUCCI (F.). *Altérations de l'excitabilité électrique neuro-musculaire dans les lésions périphériques du nerf homologue*, 43.
- GIORGIO (Giorgio) (de Rome). *Contusion destructive de l'hémisphère cérébral droit par coup d'arme à feu sans lésion de la paroi crânienne ni de la dure-mère*, 197.
- GIRAUD (Mlle) et GUEIT (C.) (de Montpellier). *Poliomyélite antérieure à début scapulo-huméral chez un tuberculeux syphilitique*, 202.
- GLEY (E.). *Classification des glandes à sécrétion interne et des produits qu'elles sécrètent*, 364.
- GLOUSKOFF. *Néof ormation cancéreuse du cerveau*, 516.
- GODDARD (Henry-H.). *Taille et poids des enfants arriérés dans les institutions d'Amérique*, 547.
- V. Dana, Berkeley, Goddard et Cornell.
- GOLDSTEIN (M.). V. Marinesto et Goldstein.
- GONNET (A.). *Amyotrophie syphilitique progressive à marche rapide*, 206.
- V. Lévy (L.) et Gonnet.
- GONNET (A.) et RENDU (R.). *Poliomyélite antérieure aiguë par traumatisme de la colonne cervicale chez un hérédo-syphilitique probable*, 202.
- GORDON (Alfred). *Tremblement caractéristique de la sclérose en plaques comme seul symptôme de l'affection*, 520.
- *Paralysie de la branche supérieure du facial*, 763.
- *Deux cas d'amyotonie congénitale*, 765.

- GOIRETTI (Guido) (de Florence). *Recherches sur le nagana. Etude des altérations du système nerveux dans l'infection expérimentale par le nagana*, 751.
- GORHAM (F.-D.). V. Engman, Buhman, Gorham et Davis.
- GORIA (Carlo). *Symptômes myocloniques dans un cas de sclérose en plaques*, 570.
- GORRIERI (Arturo) (de Cogoletto). *Anatomie pathologique des glandes à sécrétion interne dans quelques formes de maladies mentales*, 365.
- GORRITTI (Fernand) (de Buenos-Aires). *Forme associée du délire d'interprétation: autonomie clinique et sa place nosographique*, 60.
- GOUBEAU. *Traitement mixte dans la paralysie générale progressive*, 659.
- GOUGEROT (H.). V. Claude et Gougerot; Gougerot, Gougerot et Audebert.
- GOYET. V. Cade et Goyet.
- GRAVES (W.-P.) (de Boston). *Relations entre les affections gynécologiques et les névroses*, 574.
- GRAVES (Williams-W.) (de Saint-Louis). *Les lapins peuvent-ils être infectés de syphilis en partant du sang des paralytiques généraux? Observations sur la reconnaissance du virus dans les dernières périodes de la maladie*, 644.
- GRAVIER (L.) (de Lyon). V. Rebattu et Gravier.
- GREGGIO (Ettore) (de Padoue). *Localisations cérébelleuses*, 756.
- GREENMAN (Milton-J.) (de Philadelphie). *Régénération du nerf péronier chez le rat blanc. Nombre et calibre des fibres du nerf régénéré*, 564.
- GRÉGOR (A.) et SCHILDER (P.) (de Leipzig). *Sur la myotomie*, 54.
- GREGORY (M.-S.) et KARPAS. *Manifestations cérébrales dans la période secondaire de la syphilis*, 517.
- GRIMAUD et MALESPINE. *Sclérose en plaques à lésions très étendues et à symptomatologie fruste*, 362.
- GROSS. *Discussion*, 198.
- GRYNFELT et EUZIERE (de Montpellier). *Cellules épithéliales des plexus choroïdes*, 26.
- GUÉIT (C.) (de Montpellier). V. Giraud et Guéit.
- GUILLAIN. *Discussions*, 462, 467, 856.
- GUILLAIN (Georges) et DUROIS (Jean). *Sur une affection mutilante des membres inférieurs*, 298.
- *Le signe de Babinski provoqué par l'excitation des téguments de tout le côté hémiplegié dans un cas d'hémiplegie infantile*, 614.
- *Sur un cas d'athétose double avec signe de Babinski provoqué par l'excitation de la surface cutanée de tout le corps*, 714.
- GUILLAIN (Georges) et LAROCHE (Guy). *Nature du tremblement mercuriel*, 255.
- GUILLAIN (Georges) et ROUTIER (Daniel). *Périarthrite rhumatismale chronique consécutive à un zona et localisée dans le territoire de l'éruption*, 107.
- GUIST (Barthélemy). *Anurie avec élimination supplémentaire de l'urée chez une hystérique*, 766.
- GUITTON (Albert). *Symptômes épileptiques dans les états thyroïdiens*, 47.
- GULAEW, LÉPORE, RIGHI, PICCALUGA, DE MONTE et RABITTI. *Génération du tétanos par la méthode de Bacelli*, 108.
- GUTHRIE (Léonard). *Insuffisance congénitale des mouvements de la face et des yeux*, 765.
- GUYONNET. V. Moricheau-Beauchant, Guyonnet et Corbin.

H

- HAGELSTAM (Karl). *Formes cliniques de l'artério-sclérose cérébrale*, 356.
- HAGUENAU. V. Sicard et Haguenau.
- HAHN (de Francfort). *L'association des idées chez les jeunes épileptiques*, 520.
- HALBERSTADT (G.). *Les attaques épileptoides des dégénérés*, 175-185.
- *Psychose dégénérative post-émotionnelle*, 436.
- HALIPRÉ (A.) (de Rouen). *Méningite tuberculeuse simulant la méningite cérébro-spinale chez l'enfant*, 421.
- HALL (Herbert-J.) (de Marblehead, Mass.). *Ateliers des hôpitaux et des asiles*, 700.
- HAMANT. V. Sencert et Hamant.
- HANNARD (P.), SOULAS (A.) et LOTTE (L.) (d'Armentières). *Difficultés du diagnostic de la paralysie générale*, 647.
- HANNS. V. Simon, Fairise et Hanns.
- HANNS et CAUSSEADE. *Goutte exophtalmique et pleurésie*, 47.
- HANNS et FAIRISE. *Lésions syphilitiques du foie et du crâne*, 31.
- HARTMANN. *Discussions*, 243.
- HARRIS (L.) (de Chicago). *Blockage des nerfs substitué à l'anesthésie générale dans les opérations chirurgicales*, 764.
- HATAI (Shinkishi) (de Philadelphie). *Poids des viscères abdominaux et thoraciques, des glandes sexuelles, des glandes à sécrétion interne et des globes oculaires du rat blanc selon le poids du corps*, 353.
- HAURY. *La paresse pathologique*, 535, 577.
- HAUSHALTER (P.) et FAIRISE. *Syndrome protubérantiel dû à un tubercule solitaire chez une fillette*, 37.
- HAUSHALTER et JACQUOT. *Méningite subaiguë à bacilles de Pfeiffer à la suite d'une paralysie spinale aiguë*, 363.
- HAUTEFUILLE. *Crises gastriques et zona*, 107.
- HENRICI (A.-T.). *Dégénération du noyau lenticulaire associée à la cirrhose du foie*, 97.
- HERBOLD (de Wulgarten). *Angiome vasculaire des méninges dans le nerf de la face*, 572.
- HÉRISSON-LAPARRÉ. V. Demay et Hérisson-Laparre; Vigouroux et Hérisson-Laparre, Herms (W.-B.), V. Sawyer et Herms.
- HERTZ (Arthur-F.) et JOHNSON (W.). *Atrophie musculaire progressive et dystrophie musculaire primitive*, 52.
- *Atrophie bilatérale de la face*, 698.
- HEYER. V. Collin et Heyer; Dupré et Heyer; Dupré, Heyer et Bergeret.
- HEVEROCH (de Prague). *D'où naît la conscience de notre être? Comment devenons-nous conscients de l'être?* 825.

- HICHENS (P.-S.). *Paraplégie spasmodique congénitale avec atrophie optique congénitale*, 571.
- HINTZ (E.-J.). *Une nouvelle réaction d'électrodiagnostic; l'espacement des secousses de fermeture*, 685.
- HNATEK (J.) (de Prague). *Omioplates aîlées physiologiques*, 51.
- HUCHE (de Fribourg). *Valeur de la psycho-analyse*, 113.
- HOLLINGWORTH (Leta-Storfer) (de New-York). *Fréquence de l'idiotie relativement au sexe*, 704.
- HORWITT (S.) (de New-York). V. Bernstein et Horwitt.
- HORWITZ (C.). *Mémoire des faits récents chez les hystériques*, 433.
- HOUEL et RANÇON (de Samer). *Injectons de sérum antitétanique*, 108.
- HÜBNER (de Bonn). *Traité de psychiatrie médico-légale*, 817.
- HUET, *Discussions*, 868.
- HUMBERT (G.) et ALEXIEFF (W.) (de Genève). *Contribution à l'étude de la méningite cancéreuse. Étude anatomo-clinique*, 571.
- HUMÈRES (Carlos) et MALDRAH (Elias). *Délire de revendication*, 70.

I

- ILIINE (A.). *Influence de l'otite moyenne sur le cours de certains troubles psychiques*, 380.
- *Paralysie générale traitée par le procédé combiné*, 661.
- INGALLS (E.-Fletcher) (de Chicago). *Traitement de la paralysie des cordes vocales*, 764.
- INGELBRANS (L.) (de Lille). *Idées actuelles sur la nature des réflexes cutanés de défense*, 814.
- INGENIEROS (José) (de Buenos-Aires). *Criminologie*, 699.
- ISHAN (Mary-Keyt) (Columbus, Ohio). *Etat paranoïde*, 68.
- ISSAILOVITCH-DUSCIAN. *Réflexes conditionnels ou associatifs*, 27.
- IVANOFF (B.). *Maladie de Dercum*, 766.
- IWEY (R.-R.). *Réaction de Wassermann chez les aliénés négres de l'Alabama*, 656.
- IZARD (G.). V. Chompret, Izard et Lecerq.

J

- JACOBOWICZ. *Sérum antitétanique préventif*, 108.
- JACQUES (Samuel). *Étude de la paralysie générale. Etat mental et évolution*, 632.
- JACQUET. *Discussions*, 110.
- JACQUIN (de Bourg). *Signe de la poignée de main dans la démence précoce*, 771.
- V. Laignet-Lavastine et Jacquin.
- JACQUIN et MARCHAND (L.). *Un cerveau d'idiot épileptique microcéphale*, 165.
- JACQUOT. V. Haushalter et Jacquot.
- JAHNEL (de Francfort). *Étude des troubles mentaux dans l'éclampsie*, 440.
- JAKSCH (R. von) (de Prague). *Intoxication par le manganèse*, 694.
- JANIN. V. Leredde et Janin.

- JANICHEWSKY (A.) (d'Odessa). *Le réflexe de la préhension dans les affections organiques de l'encéphale*, 678-681.
- JANKOWSKY (K.). *Myxœdème avec troubles particuliers de la vue*, 372.
- *Cris convulsifs*, 434.
- JARKOWSKI (J.). *Quelques recherches sur la rééducation des hémiplegiques*, 462.
- *Discussions*, 268.
- V. Babinski et Jarkowski; Babinski, Delherm et Jarkowski; Babinski, Lecène et Jarkowski.
- JEANSELME (E.) et TOURAINE (A.). *Syphilis et sclérodémie*, 109.
- JEWESBURY (R.-C.). *Poliomyélite affectant les muscles des deux mains*, 201.
- JOHN (Rutherford-Lewis). V. Ashhurst et John.
- JOHNSON (W.). V. Heriz et Johnson.
- JOLLY (Halle). *Court précis de psychiatrie*, 575.
- JOLTRAIN (Ed.). *Syndrome méningé fruste d'origine syphilitique ayant simulé une affection abdominale*, 423.
- JOLTRAIN (J.). V. Barré, Desmarest et Joltrain.
- JONES (Hyzer-W.). *Paralysie de Landry avec relation d'un cas*, 40.
- JONNESCO (de Bucarest). *La rachianesthésie générale*, 385, 386.
- JOUCHTCHENKO (A.) (de Saint-Petersbourg). *Principes des tendances biochimiques en neuropathologie et en psychiatrie*, 435.
- JOUKOVSKY (de Saint-Petersbourg). *Hallucinations dans les lésions en foyer du cerveau*, 414.
- *Traitement de la paralysie générale par injections de tuberculine*, 662.
- JUARROS (COURT). *Traitement de la neurasthénie et des neurasthéniques*, 574.
- JULLIEN. *Polynévrites et œdèmes observés chez les travailleurs noirs au Maroc*, 43.
- JUMENTIE (J.). *Tubercules multiples du cer-
velet*, 776.
- *Discussions*, 267, 443.
- V. Babinski, Enriquez et Jumentie; Dejerine et Jumentie.
- JUMENTIE (J.) et ACKERMANN (V.). *Discussion sur la valeur sémiologique des douleurs à type radiculaire pour le diagnostic des tumeurs intra et extra-médullaires; remarques à propos d'un cas de tubercule de la moelle*, 284.
- JUMENTIE (J.) et CEILLIER (A.). *Dissociation des sensibilités profondes: conservation du sens des attitudes segmentaires, de la sensibilité à la pression et du sens de discrimination profond avec perte de la sensibilité osseuse chez une femme ayant perdu tous les modes de la sensibilité superficielle. Conservation de la perception stéréognostique*, 848.
- JURMANN (N.-A.) (de Saint-Petersbourg). *Traitement de la paralysie générale par injection de nucléinate de soude*, 661.

K

- KAFKA (Victor). *Sang et liquide céphalo-rachidien dans les maladies du système nerveux central*, 29.

- KANNIESSER (de Braunfels). *Pathographie de la dynastie Julienne-Claudienne*, 701.
- KAPOUSTINE (A.-A.). *Polio-myélite antérieure syphilitique*, 519.
- KARPAS (MORRIS-J.) (de New-York). *Etat du liquide céphalo-rachidien dans les maladies nerveuses chroniques*, 379.
- V. Gregory et Karpas.
- KASTAN. *Traumatismes du crâne et exaltation de la prédisposition convulsive*, 354.
- KAUFFMANN (de Königsberg). *Contribution clinique et anatomique aux lésions du système nerveux central dans l'anémie*, 563.
- *Etude des nerfs centripètes des vaisseaux sanguins*, 513.
- KENNEDY (Foster) (de New-York). *Polio-myélite aiguë épidémique*, 201.
- *Myotonie atrophique*, 765.
- KINGSBURY (W.-M.). *Goitre exophtalmique traité par les rayons X*, 48.
- KIRCHBERG (de Francfort). *Troubles mentaux pendant l'accouchement*, 440.
- KIRMISSON (E.). *Rachitisme; exostoses multiples, fractures spontanées, retard de consolidation chez une enfant atteinte de syphilis héréditaire*, 251.
- KLEINBERGER. *Combinaison de la dystrophie musculaire et des autres affections musculaires*, 32.
- KLING et LEVADITI. *Etudes sur la poliomyélite aiguë épidémique*, 199.
- KLIFFEL (M.) et MALLET (R.). *Délire systématisé modifié par un état aigu d'excitation maniaque avec hallucinations*, 64.
- KLOTZ (Oskar) (de Pittsburgh). *Syringomyélie avec constatations d'autopsie dans deux cas*, 691.
- KNAUER et MALONEY. *Action psychique de la mescaline; mécanisme des hallucinations visuelles*, 430.
- KOHLER (V.) (de Vevey). *Valeur de la théorie de la dissociation dans la neurologie*, 412.
- KOJEVNIKOFF (A.-M.) (de Moscou). *Lésions infantiles et familiales, parasyphilitiques du système nerveux*, 644.
- *Etat des réflexes cutanés et tendineux dans la maladie de Thomsen*, 814.
- KOLBE. *Discussions*, 660.
- KOLLARITS (de Budapest). *Caractère et nervosité*, 376.
- KÖNIG et LINZENMEIER. *Signification des affections gynécologiques et valeur de leur guérison dans les psychoses*, 59.
- KOPELMAN (Aaron). *Spondylose rhizomélique*, 430.
- KOPSTYNSKY (E.-A.) (de Twer). *Défauts de la loi actuelle sur les malades psychiques inculpés*, 531.
- *Cas de pyromanie*, 543.
- KOROSCHKO (B.-K.). *Lésions traumatiques des lobes frontaux du cerveau*, 515.
- KOTZOVSKY (A.-D.) (de Kichinew). *Morphologie du sang dans la pellagre*, 695.
- *Pathogénie du soi-disant typhus pella-greux*, 695.
- KRAABE (H.) (de Copenhague). *Affections nerveuses basées sur l'existence de côtes cervicales*, 431.
- *Tremblement analogue à la paralysie agitante dans la paralysie générale*, 650.
- KRAMER (S.-P.) (de Cincinnati). *Traitement du delirium tremens par les injections sous-dure-mériennes de bromure de sodium*, 695.
- KREBS (E.). V. Dejerine et Krebs; Pellissier et Krebs.
- KRON (J.-M.) (de Moscou). *Ostéomes du cerveau*, 515.
- KRUMBHAAR (E.-B.). *Réflexe de Babinski dans la moitié externe du pied avec conservation du réflexe plantaire normal sur la moitié interne*, 640.
- KRUMHOLT (Sigmund) (de Chicago). *Encéphalite localisée de la zone motrice corticale gauche avec épilepsie continue*, 238.
- KRZYSZKOWSKI (K.-N.). *Physiologie des nerfs terminaux chez les séculiens*, 188.

L

- LABBÉ (Marcel), LAQUERRIÈRE et NUYTEN. *Spondylose rhizomélique et obésité traitées par la gymnastique électrique*, 429.
- LACASSAGNE (A.). *Des effets produits sur l'ovaire par les rayons X*, 369.
- LADAME (Ch.). *Syndrome de Korsakow*, 445.
- *Psychose aiguë*, 445.
- LAPAILLE. V. Reynard, Mouzon et Lafaille.
- LAPORA (Gonzalo-R.). *Notes pour servir à l'histologie de la poliomyélite épidémique*, 200.
- *Affections nerveuses déterminées par le paludisme*, 695.
- *Folie maniaque dépressive et hyperthyroïdisme*, 703.
- *Myopathies primitives ou dystrophies musculaires progressives*, 765.
- LAGRÈPPE (Lucien). *Recherches de physiologie pathologique sur les troubles du mouvement dans la démence précoce*, 772.
- LAIGNEL-LAVASTINE. *Définition du sympathique*, 246.
- *Les sympathoses*, 247.
- *Diabète insipide, chez un syphilitique, amélioré après traitement spécifique*, 481.
- *Syndrome de Jackson par ramollissement bulbaire*, 486.
- *Tumeur épithéliale primitive de la face orbitaire du lobe frontal droit avec hémianopsie et névrite optique homologues*, 789.
- *Discussion*, 737.
- V. Dumas et Laignel-Lavastine.
- LAIGNEL-LAVASTINE et BARDE (A.). *Etude anatomo-clinique d'une démence précoce syphilitique*, 463.
- LAIGNEL-LAVASTINE et DU CASTEL. *Aurésie fonctionnelle rétro-antérograde post-émotive chez une préteuse imaginative*, 717.
- LAIGNEL-LAVASTINE et DUHEM (Paul). *Glandes parathyroïdes*, 45.
- *Parathyroïdes chez les aliénés. Analyse histologique*, 45.
- LAIGNEL-LAVASTINE et JACQUIN. *Paralysie générale juvénile avec autopsie*, 167.
- LAIGNEL-LAVASTINE et LEVY-VALENSI. *Gliome du corps calleux et du lobe pariétal gauche. Apraxie. Mort par ponction lombaire*, 260.

- LAIGNEL-LAVASTINE et MERSEY (P.). *L'amour de la mort chez les Habsbourg*, 118.
- LAIGNEL-LAVASTINE et ROSE (Félix). *Délire aigu, mort par pneumonie. Encéphalopathie*, 884.
- LAKHTINE (M.-J.) (de Moscou). *La souffrance envisagée comme source des croyances humaines*, 768.
- *La superstition dans la vie et la clinique*, 830.
- LANGLE. V. Wallon et Langle.
- LANGMEAD (Frederick). *Tremblement congénital*, 255.
- LANTUEIOL. V. Souques, Baindevin et Lantueioul.
- LAPERSONNE (DE). *Discussions*, 306.
- LAPIQUE et LEGENDRE. *Relation entre le diamètre des fibres nerveuses et leur rapidité fonctionnelle*, 564.
- LAPINSKY (de Kiew). *Particularités de la névralgie faciale idiopathique et sympathique*, 245.
- LAQUERRIÈRE. V. Labbé, Laquerrière et Nuytten.
- LAQUERRIÈRE et ROUBIER. *Observation de sciatique rebelle traitée par la radiothérapie*, 694.
- LAROCHE (Guy). V. Guillaïn et Laroche.
- LATAILLADE (Edouard). *Blépharospasme, Hémispasme facial et leur traitement*, 424.
- LAUGIER. V. Bourguignon et Laugier.
- LAUMONIER (J.). *Dégénérescence et désadaptation*, 823.
- LAURENT (Georges) et SWYNGHEDAUW. *Myopathie primitive progressive*, 53.
- LAZAREFF (B.) (de Kiew). *La température dans les crises tabétiques*, 519.
- LEBLANC (A.). V. Achard et Leblanc.
- LECÈNE (P.). V. Babinski, Lecène et Jarowski.
- LÉCHELLE. V. Cronzon et Léchelle.
- LECLERCQ (A.). V. Chompret, Izard et Leclercq.
- LECLERCQ (Jules) et LEROY (Henri). *Pathogénie des douleurs abdominales*, 234.
- LEFAUCHEUR. *Nérite optique améliorée par le néosalvarsan*, 38.
- LEGENDRE. V. Lapique et Legendre.
- LEGRAND. V. Arsimoles et Legrand.
- LEGRAND (Hermann) (d'Alexandrie). *Les abcès dysentériques du cerveau*, 357, 754.
- LEGRAS. V. Dufour et Legras.
- LEMOIS (Magalhães) (de Porto). *Aphasie de Wernicke et apraxie idéatoire, avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche*, 878.
- LENNINGER (E.). *Différence des nerfs myéliniques centripètes et centrifuges. Se manifeste-t-elle par des différences dans leur vitesse de conduction?* 752.
- LÉOPOLD-LÉVI. *Syndromes ovaro-thyroïdiens et thyro-ovariens*, 46.
- *Effets rapides et non thérapeutiques du traitement thyroïdien*, 50.
- *Instabilité thyroïdienne infantile*, 50.
- *Neuro-arthritisme et glandes endocrines*, 50.
- *Cure thyroïdienne du traumatisme chronique*, 51.
- *Migraine et traitements opothérapiques*, 51.
- LE PLAT (A.). *Rapports entre la thyroïde et les parathyroïdes*, 45.
- LE POITTEVIN. *Aliénation mentale et divorce*, 539.
- LEPORE. *Tétanos*, 408.
- LEREDOULETT (P.) et FAURE-BEAULIEU. *Le plomb et les centres nerveux*, 240.
- LEREDDE. *Traitement de la paralysie générale par l'arséno-benzol*, 660.
- *Discussions*, 661.
- LEREDDE et JANIN. *Cas de mort après convulsions épileptiformes chez un paralytique général traité par le salvarsan. Accidents du salvarsan et réaction de Herxheimer*, 657.
- LÉRI (André). *Discussions*, 620.
- LÉRI (André) et FOLEY. *Les ferments d'Abderkalden dans la maladie de Basedow*, 155.
- LÉRI (A.) et LEROUGE (A.). *Atrophies musculaires progressives syphilitiques. Myélite syphilitique amyotrophique*, 403.
- LEROUGE (Augustin). *Atrophies musculaires progressives spinales d'origine syphilitique*, 759.
- V. Léri et Lerouge.
- LEROY. *Récidive d'un accès maniaque au bout de vingt-cinq ans*, 384.
- *Délire hypocondriaque par interprétations avec réaction suicide et homicide familial*, 384.
- *Démence paranoïde survenue après la ménopause*, 772.
- V. Duhot et Leroy; Leclercq et Leroy.
- LESAGE (A.). *Méningite tuberculeuse à forme ébrieuse*, 422.
- LESAGE et COLLIN. *Résistance à la fatigue chez le jeune enfant*, 236.
- LESAGE et GAUCHERY. *Hémispasme congénital de la face*, 424.
- LE SAVOUREUX. V. Dupré et Le Savoureux.
- LESIEUR et MILHAUD. *Tétanos subaigu terminé par guérison chez un épileptique*, 429.
- LESIEUR et THÉVENOT (L.). *Etude des vertiges chez les tuberculeux*, 190.
- LEVADITI. V. Kling et Levaditi; Marie (A.) et Levaditi; Marie (A.), Levaditi et Bankowski.
- LEVADITI (C.) et DANULESCO. *Le trépionème dans le sang des paralytiques généraux*, 643.
- LEVADITI (C.), MARIE (A.) et DE MARTEL. *Traitement de la paralysie générale par injection de sérum salvarsanisé sous la dure-mère cérébrale*, 658.
- LÉVÊQUE (Juliette) (de Toulouse). V. Dide et Lévéque.
- LÉVY (L.) et GONNET (de Lyon). *Syndrome méningé au cours d'une hémorragie cérébrale*, 505-508.
- LÉVY (Pierre-Paul). V. Renault et Lévy.
- LÉVY-BING. *Injectons intrarachidiennes de sels mercuriels dans la paralysie générale*, 661.
- LÉVY-VALENSI. V. Bonnaire, Lévy-Valensi et Vignes; Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi.
- LEWANDOWSKY. *Manuel de neurologie. T.V. Neurologie spéciale*, 564.
- LEWANDOWSKY (N.) et NEUHOF (H.). *Réapparition des réflexes après lésion de la moelle épinière*, 408.

- LEWANDOWSKY et SELBERG. *Epilepsie jacksonienne à début tonique et petit angio-carcinome du cerveau*, 517.
- LEWANDOWSKY et SIMONS. *Excitabilité électrique des circonvolutions frontale et pariétale ascendante*, 188.
- LEWANDOWSKY et STADELMANN. *Chorée apoplectique*, 416.
- LHERMITTE (J.). *Discussions*, 602, 856, 860.
— V. Roussy et Lhermitte.
- LIASSE (B.) (de Saratoff). *Troubles nerveux fonctionnels et théorie de Freud*, 520.
- LIBERT (Lucien). *Délire d'imagination*, 66.
- LIBERT (Lucien) et DEMAY. *Etude clinique d'une interprétratrice*, 829.
- LIEPMANN. *De l'influence de Wernicke sur la psychiatrie clinique*, 378.
- LILIENTSTEIN (de Mannheim). *Psycho-névroses dans les affections cardiaques*, 434.
- LINZENMEIER, V. König et Linzenmeier.
- LIPPENS (Adrien) (de Bruxelles). *Anesthésie du plexus brachial*, 44.
— V. Duxin et Lippens.
- LIVET. *Puérilisme mental et symptôme de Ganser chez une ancienne maniaque*, 117.
- LODHOLTZ (E.). *Décrément de l'onde d'excitation dans le nerf en asphyxie*, 752.
— *Validité de la loi du tout ou rien pour la fibre nerveuse à myéline*, 752.
- LÖFFER et MOUGEOT. *Réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic des névroses gastriques*, 114.
— — *Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic de la nature des bradycardies*, 814.
- LOWE. *Fixation de la toxine tétanique*, 428.
- LOMBARDO (Riccardo). *Paramyoclonus épileptique*, 522.
- LOMER. *Rapports entre le cerveau, les glandes génitales et l'organisme*, 379.
— *Signes graphologiques de la faiblesse mentale*, 703.
- LONG (E.). *Dégénérescence secondaire dans un cas de lésion unilatérale de la moelle cervicale*, 261.
— *Discussions*, 291.
- LONG-LANDRY (Mme). V. André-Thomas et Long-Landry.
- LOT (du Val-de-Grâce). V. Raymond et Lot.
- LOTTE (L.). V. Hannard, Soulas et Lotte.
- LOWELL (J.-F.). V. Fuller et Lowell.
- LUBIMOFF (S.-J.). *Traitement de la paralysie générale*, 660.
- LUCANGELI (Gian-Luca). *Encéphalite aiguë amentia hallucinatoire grave*, 238.
— *Paralysie générale post-tabétique. Atténuation des phénomènes somatiques avec aggravation des phénomènes démentiels*, 652.
- LUCAS (William-P.) et OSGOOD (Robert-B.) (de Boston). *Expériences de transmission du virus de la poliomyélite. Découverte du virus dans la sécrétion nasale quatre mois après la période aiguë d'une seconde attaque de poliomyélite*, 199.
- LUCAS (William-Palmer) et SOUTHARD (E.-E.) (de Boston). *Séquelles nerveuses et mentales de l'encéphalite chez les enfants*, 238.
- LUCE (Paul). *Les fonctions d'interne dans les asiles publics d'aliénés*, 121.
- LUCIBELLI (Giuseppe). *Altérations histologiques des centres bulbaires par intoxication acide expérimentale*, 638.
- LUNDBORG (H.) (Upsala). *Sur l'étude de l'hygiène de la race et son importance pour la culture moderne*, 234.
- LUSTRITZKY (B.-V.). *Démence paranoïde*, 540.
— *De l'hydrothérapie des malades psychiques*, 581.
— *Particularités dans le chant des personnes souffrant de démences précoces*, 770.
- LUZZATTI (T.) (de Rome). *Petits signes du dysthyroïdisme*, 50.

M

- MAASS (de Leipzig). *Carcinose diffuse des méninges molles*, 205.
- MAC CONNEL (J.-W.). *Dystrophie musculaire abortive*, 51.
- MAC CREADY. V. Bosworth et Mac Cready.
- MAERRE (de Gaud). *Anormaux profonds*, 546.
- MAGAUDA (Paolo) (de Rome). *Syndromes nerveux déterminés par les anévrysmes de l'artère sous-clavière*, 44.
- MAGGIORE (Salvatore) (de Palerme). *Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des scléroses cérébrales*, 357.
- MAGITOT. *Persistence du réflexe photomoteur dans un cas d'amaurose par lésions rétiniennes et optiques dues à une intoxication quinique*, 100.
— V. Fornari et Magitot.
- MAGNAN. *L'alitement (Clinothérapie) dans le service central d'admission des aliénés de la ville de Paris et du département de la Seine (Asile clinique de Sainte-Anne)*, 579.
- MAGNINI (M.) (de Rome). *Spondylose rhizomélifique*, 430.
- MAGNUS (V.). *Cas opéré d'apoplexie tardive traumatique*, 415.
— *Deux cas d'idiotie amaurotique*, 516.
- MAILHOUSE (M.) et VERDI (W.-F.). *Tumeur du cervelet. Opération. Guérison*, 757.
- MAILLARD et ALAJOUANINE. *Démence épileptique à forme de paralysie générale, et paralysie générale chez un épileptique*, 503.
- MAIRET (A.) et GAUJOUX (E.). *Invaliderité intellectuelle et morale dans les écoles de Montpellier*, 547, 548.
- MALBRAN (Elias). V. Humères et Malbran.
- MALESPINE (E.). *Processus de désintégration des tissus nerveux et rôle des leucocytes*, 230.
— V. Bériol, Durand et Malespine; Drey et Malespine; Grimaud et Malespine.
- MALFILATRE et DEVAUX (de Saint-Lizier). *Syndrome pellagroïde*, 412.
- MALFILATRE (A.) et PIQUEMAL (J.). *Délire d'un persécuté persécuté*, 68.
- MALLET (Raymond). V. Ballet et Mallet; Klippel et Mallet.
- MALONEY (W.-S.). V. Knauer et Maloney.
- MANCINI (Ugo) (de Rome). *Thrombose des sinus de la dure-mère*, 357.
- MANCUSI (Carlo). *Thérapeutique du rhumatisme cérébral par la méthode de Baccelli*, 705.

- MANNING (Jacoly van Villet) (de Brooklyn). Paralyse spinale flasque qui atteignit Louis Pasteur. Similitude de cette paralyse avec une attaque de poliomyélite aiguë, 201.
- MARANG (J.). V. Damay et Marang.
- MARBE (S.). Hypersensibilisation thyroïdienne. Indice opsonique et hypersensibilité générale chez les lapins à la mamelle, 44.
- Hypersensibilité thyroïdienne. Petit nombre des leucocytes chez les lapins à la mamelle. Manque d'intoxication alimentaire et septique, 44.
- MARCHAND (L.) (de Charenton). Accès mélancoliques des obsédés douteux, 541.
- A propos du cas de M. Bonnet. Eruption cutanée syphilitique chez une paralytique générale, 649.
- Démence précoce et ramollissement cérébral, 772.
- Discussions, 653.
- V. Jacquin et Marchand; Toulouse et Marchand.
- MARCHAND (L.) et DUPOUY (Roger). Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique et troubles mentaux, 42.
- MARCHAND (L.) et PETIT (Georges) (de Charenton). Tremblement clonique à prédominance unilatérale au cours d'une paralyse générale tabétique, 650.
- MARCHAND (L.) et USSÉ (F.). Psychopolynévrit au cours d'une cure de démorphinisation, 578.
- MARCONNET. V. Gerest et Marconnet.
- MARCORELLES (E.). V. Baudoin et Marcorelles.
- MARFAN (A.-B.). Paraplégie spasmodique hérédosyphilitique chez les grands enfants, 362, 760.
- MARGAROT et BLANCHARD. Paralyse générale saturnine, 653.
- MARGULIES (de Moscou). Anatomie pathologique et pathogénie de l'épendymite granuleuse, 231.
- MARIE (A.) (de Villejuif). Saturnisme et aliénation mentale, 444.
- V. Levaditi, Marie et de Martel.
- MARIE (A.) (de Villejuif) et LEVADITI. Essais de traitement de la paralyse générale par application du néosalvarsan dans le canal rachidien, 662.
- MARIE (A.), LEVADITI (C.) et BANKOWSKI (J.). Présence du tréponème pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux, 641, 642.
- MARIE (Pierre). Trépanation décompressive du côté de l'hémisphère sain dans certains cas d'hémorragie cérébrale, 196.
- Discussions, 847.
- MARIE (Pierre) et CHATELIN (Ch.). Effets favorables des injections intra-veineuses de salvarsan dans la chorée de Sydenham, 209.
- Un cas d'atrophie musculaire intense des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire par ostéosarcome probable des dernières vertèbres cervicales, 857.
- MARIE (Pierre) et FOIX (Ch.). Sclérose intracérébrale centrolobaire et symétrique, syndrome paraplégique, 1-16.
- MARIE (Pierre) et FOIX (Ch.). Phénomènes dits apraxiques, avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche, 275.
- Processus extra ou intra-médullaire, topographie des troubles amyotrophiques et de la zone réflexogène du phénomène des raccourcisseurs, 327.
- Inhibition réflexe du clonus de la rotule et diagnostic topographique des compressions médullaires, 496.
- Lésions médullaires dans quatre cas d'hérédotaxie cérébelleuse, 797.
- Réflexes d'automatisme médullaire et réflexes dits « de défense » : le phénomène des raccourcisseurs, 811.
- Sur trois cas de syringomyélie avec prognathisme d'origine atrophique, 852.
- MARIE (Pierre), FOIX et BOUTTIER. Double ponction sus et sous-lésionnelle dans un cas de compression médullaire. Xanthochromie, coagulation massive dans le liquide inférieur seulement, 315.
- — — Syndrome cérébello-spasmodique post-typhique, 317.
- MARIE (Pierre), MARTEL (DE) et CHATELIN. Compression de la moelle par tumeur extra dure-mérienne chez une enfant de 13 ans. Opération. Guérison, 489.
- MARINESCO et GOLDSTEIN. Syndrome de Bazedow et sclérodémie, 572.
- MARINESCO (G.) et MINEA (J.) (de Bucarest). Culture des ganglions spinaux des mammifères suivant le procédé de M. Carrel, 91.
- L'emploi des injections de sérum salvarsanisé in vitro sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans les tubercules et la paralyse, 337-348.
- Présence du tréponème pâle dans le cerveau des paralytiques généraux, 641.
- Association de méningite syphilitique et de paralyse générale; présence des tréponèmes dans les méninges, 641.
- Relations entre les tréponèmes et les lésions de la paralyse générale, 643.
- MARJETEKY (M.). Etude du processus du jugement par les méthodes expérimentales-psychologiques, 825.
- MARKUS (de Francfort). Sarcomatose diffuse de la pie-mère, 516.
- Diagnostics cliniques et constatations anatomo-pathologiques concernant la paralyse générale, 644.
- MARMIER. V. Dupré et Marmier.
- MARQUES (Eduardo). V. Austregesilo, Pinheiro et Marques.
- MARRASSINI (A.) (de Pisc). Sur la sécrétion interne du testicule, 368.
- MARTEL (T. DE). Trépanation dans un cas d'épithélioma du cuir chevelu ayant envahi le crâne et la dure-mère, 325.
- Importance d'une technique opératoire spéciale dans les opérations sur le système nerveux, 704.
- Discussions, 267, 844.
- V. Levaditi, Marie et de Martel; Marie Martel et Chatelin; Velter et de Martel.
- MARTINO (Enrico) (de Turin). Altérations du corps thyroïde dans divers états expérimentaux et cliniques, 46.

- MASSAROTTI (Vito). *Suicide dans la vie et dans la société moderne. Étiologie, pathologie, symptomatologie et prophylaxie*, 700.
- MASSARY (DE). *Discussion*, 716, 863.
- MASSARY (DE), BOUDON et CHATELIN (Philippe). *Un nouveau cas de paralysie radiale, à type de paralysie saturnine, chez une syphilitique*, 278.
- MASSARY (E. DE) et CHATELIN (Philippe). *Méningite syphilitique avec paralysie labio-glosso-laryngée complète, mais transitoire, d'origine pseudo-bulbaire*, 281.
- MASSELOU (René) (de Prémontre). *Psychose maniaque dépressive et délire d'interprétation*, 61.
- *L'hallucination et ses diverses modalités cliniques*, 826.
- MASSON (P.). V. Roussy, Masson et Rapin.
- MATTEI (Ch.) (de Marseille). V. Puyan et Mattei.
- MATZKEVITSCH (J.-D.). *Réaction de Lange avec l'or colloïde et le liquide cérébro-spinal*, 514.
- *Un cas d'endarterite des vaisseaux cérébraux de petit calibre*, 518.
- MAUCLAIRE. *Traitement des crises gastriques du tabes par l'opération de Franke*, 242.
- MAUREL. V. Brocq, Fernet et Maurel.
- MEIGE (Henri). *Dysphasie singulière avec réactions motrices tétaniformes et gestes stéréotypés*, 310.
- *Discussions*, 297, 307, 455, 460, 462, 589, 607, 709, 728, 847.
- V. Chatelin et Meige.
- MELLO (Froilano DE). V. Silva et Mello.
- MÉNARD (Pierre-Jean). *Bilan alcoolique d'un canton de la Manche*, 425.
- MERCIER (Charles-A.). *Conception de l'aliénation mentale*, 700.
- MERKLEN (Prosper) et DEVAUX (Albert). *Observations de cénestopathies*, 258, 259.
- MERLE (Pierre) (d'Amiens). *Ataxie aiguë à guérison rapide (magnum albumineux d'origine cytologique obtenu par ponction lombaire)*, 94.
- MERSEY (P.). V. Laignel-Lavastine et Mersey.
- MERY (H.) et SALIN. *Un cas d'encéphalopathie scarlatineuse*, 240.
- METTERER (L.-Harrison) (de Chicago). *Symptomatologie de la sclérose en plaques*, 42.
- MICHAÏLOV. *Structure fine de l'écorce du cerveau et du cervelet, du bulbe et de la moelle dans le choléra asiatique*, 230.
- MICHELOVSKY (Mathilde). *L'hyarthrose intermittente périodique*, 246.
- MICHINE (S.). *L'émotion découverte*, 825.
- MIGINAC (G.). *Section traumatique du cubital à la face postérieure du bras. Suture immédiate. Rétablissement de la fonction*, 43.
- MIGNARD. *De l'obsession émotive au délire d'influence*, 541.
- MIGNOT (Roger) et PETIT (Georges) (de Charenton). *Corps étranger du rectum chez un dément précoce. Occlusion complète et perforation secondaire du colon iléo-pelvien*, 773.
- MIKHAILOFF (S.-E.) (de Saint-Petersbourg). *De l'épilepsie cholérique*, 526.
- *Mort subite chez les ci-devant alcooliques*, 605.
- MILHAUD. V. Lesieur et Milhaud.
- MILIAN. *Névrite optique en période secondaire deux mois et demi après un traitement par le néosalvarsan*, 38.
- *Vérige de Ménière, sa nature fréquemment syphilitique. Guérison par le 606, Réaction de Herxheimer*, 190.
- *Discussions*, 410, 208, 663.
- MILIAN (G.) et SCHULMANN. *Tumeur cérébello-pontine. Métastase sous-rolandique*, 36.
- MILLER (F.-R.). *Sur les réactions des centres salivaires*, 635.
- MILLIONI (Luigi) (de Padoue). *Association de l'acromégalie au myxœdème*, 372.
- MILLS (Ch.-R.). *Occlusion de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure*, 757.
- MINRA (J.) (de Bucarest). V. Marinesco et Minea.
- MINERBI. *Discussions*, 39.
- MINET. *Mort subite à la suite d'une ponction lombaire*, 385.
- MINGAZZINI (G.) (de Rome). *Anatomie clinique des centres nerveux à l'usage des médecins et des étudiants*, 24.
- *Trajet de quelques voies cérébrales et des voies motrices verbales*, 411.
- *Paralysie du nerf musculéo-entant*, 764.
- MINOT (J.-J.) (de Boston). V. Fitz, Brigham et Minot.
- MOLEEN (George-A.) (de Denver). *Poisons métalliques et système nerveux*, 691.
- MOLL (A.-M.). *Un cas de paralysie du noyau de l'hypoglosse*, 568.
- MONDOLFO (Emanuele) (de Pise). *Cas de méningite cérébro-spinale diplococcique guéri par les injections intra-veineuses de sublimé*, 693.
- MONIZ (de Lisbonne). *Myoclonies essentielles*, 253.
- *La vie sexuelle*, 352.
- MONOD (O.) (de Lyon). V. Froment et Monod.
- MONTE (G. DE). *Tétanos*, 108.
- MONTET (DE) (de Vevey). *Réactions vestibulaires dans un cas de lésion de l'hémisphère cérébelleux droit*, 34.
- MONTGOMERY (A.). *Les processus oxydatifs chez les animaux marins par rapport à la température*, 232.
- MOORE (S.-W.). *Présence du spirochète pâle dans le cerveau des paralytiques généraux*, 641.
- MOREL (L.). V. Capgras et Morel.
- MORESTIN. *Fracture du crâne. épanchement intracranien dû à la rupture d'un affluent du sinus latéral; suture, guérison*, 195.
- MORETTI (A.) (de Florence). *Deux cas d'idiotie mongoloïde*, 545.
- MORICHAU-BEAUCHANT (R.), GUYONNET et CORBIN. *Poliomyélite aiguë chez deux enfants d'une même famille. Paralytiques typiques chez l'un; simple état méningé chez l'autre*, 200.
- MORQUIO (Luis). *Méningite cérébro-spinale épidémique*, 420.
- MORRISON (J.-Francis) (de New-York). V. Tilney et Morrison.
- MOTT (F.-W.). V. Brun et Mott.
- MOUGOT (A.). *La suppression constante par l'atropine du réflexe oculo-cardiaque*, 815.

- MOUGEOT (A.). *Le réflexe oculo-cardiaque en clinique, sa recherche et sa valeur sémiologique*, 815.
 — *Le réflexe oculo-cardiaque dans le pouls alternant*, 815.
 — V. Laper et Mougeot.
 MOUNIER. Céphalées et névralgies faciales d'origine nasale, 246.
 MOURIQUAND (G.). Obésité infantile du type adipo-génital, 231.
 MOUTON. V. Regnard et Mouton; Regnard, Mouton et Lafaille.
 MOUTON et REGNARD. Radialité syphilitique, avec amyotrophie intense portant sur le territoire de C⁴-C⁵, 612.
 MURALT (L. DE) (de Davos). Troubles nerveux et psychiques chez les tuberculeux pulmonaires, 55.
 MUSKENS (L.-J.-J.). Les mouvements forcés et leur substratum anatomique, 684.
 MYERSON (A.) (de Boston). Réponse réflexe des adducteurs à l'excitation homolatérale et contralatérale, 638.
 — Progrès dans le traitement de la paralysie générale par le sérum salvarsanisé, 658.
- N**
- NAECKE. La médecine légale et l'homosexualité, 770.
 NANTA, DECUING (J.) et DECUING (P.) (de Toulouse). Hydro-syngomyélie avec troubles trophiques cutanés, 402.
 NAZARI (A.) et CHIARINI (de Rome). Névrite interstitielle hypertrophique avec atrophie musculaire type Charcot-Marie, 763.
 NEEL (Axel). Névroses traumatiques. Conséquences des lésions de la tête, 375.
 NETTER. Discussions, 105.
 NEUHOF (H.). V. Lewandowsky et Neuhoef.
 NEWMARK (L.) et SHERMAN (Harry-M.) (de San Francisco). Ablation d'une tumeur intra-dure-mérienne du canal vertébral. Guérison, 759.
 NICLOUX (Maurice). Alcool et alcoolisme au point de vue biochimique, 425.
 NIESSL-MAYENDORF (V.). Lésions cérébrales de la chorée chronique, 417.
 NISSIPESCO (C.). V. Parhon, Dumitresco et Nissipesco.
 NISSL (de Heideiberg). Etudes sur le cerveau du lapin, 187.
 NOËTTE (de Halle). Apraxie motrice, 413.
 NOGIER. V. Chatin et Nogier.
 NOGUCHI (Hideo). Découverte du trépône pâle dans le cerveau des paralytiques généraux, 640.
 — Des moyens de reconnaître le trépône pâle en cultures pures, 643.
 NOGUÈS (G.). L'anorexie mentale. Ses rapports avec la psychophysiologie de la faim, 562.
 NOÏCA (de Bucarest). Etudes sur les réflexes.
 I. Le rapport entre l'intensité des réflexes tendineux et la circulation artérielle.
 II. Le réflexe contralatéral des adducteurs produit chez les personnes normales par l'anémie d'un membre inférieur.
 III. Le mouvement de défense inconscient contralatéral provoqué expérimentalement, 402-406.
- NONNE (de Hambourg). Cure des alcooliques au point de vue médical et juridique, 425.
 NORDMANN. *Délire à trois*, 545.
 NOUET (Henri). Syndrome confusionnel au cours de l'artériosclérose cérébrale, 566.
 NOVARRO (Juan-Carlos). Nodosités rhumatismales chez un enfant atteint de chorée, 527.
- O**
- OBERNDORF (C.-P.). Périodicité chez l'homme, 354.
 OBERSTEINER. Travaux de l'Institut neurologique de Vienne, 24.
 — Predisposition pathologique du système nerveux central, 435.
 OBRAZTSOFF. Etude de l'apraxie et des troubles conneres, 414.
 OBREGIA et PITULESCO. Les psychoses du choléra, 739.
 OBREGIA (A.), URECHIA (C.-J.) et POPPIA (A.). Le coefficient uréo-sécrétoire d'Ambard dans la paralysie générale, 647.
 OETTINGER (Bernard). Paralyse pseudo-bulbaire avec mouvements spasmodiques de la face simulant le rire, 755.
 OFFRET. V. Chevallereau et Offret.
 O'MALLEY (Mary). Psychose consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone avec guérison, 441.
 ONGHIA (Filippo D') (de Naples). Irradiation de l'excitation dans la recherche du réflexe patellaire, 28.
 OPPENHEIM. Diagnostic positif et différentiel des tumeurs de la moelle, 360.
 OPPENHEIM et BORCHARDT. Chirurgie des tumeurs intramédullaires, 361.
 ORLOW (N.-J.) (de Moscou). Sclérose tubéreuse du cerveau, 517.
 OSGOOD (Robert-B.) (de Boston). V. Lucas et Osgood.
 OZORIO (Mignel). Excitation double des nerfs. Technique, 188.
- P**
- PACAUD (H.). Etude du méningo-typhus, 419.
 PACTET. Deux condamnés militaires, 534.
 PADOVANI (Emilio). Le tuminal dans les états d'excitation et dans l'épilepsie, 526.
 — Cure bromique et régime hypochlorurée dans l'épilepsie, 768.
 PAGE. Injections intra-rachidiennes de mercure dans la paralysie générale, 662.
 PALMER (Frederick-S.). Myopathie primaire progressive, type facio-scapulo-huméral à un état avancé, 52.
 PALOZZI (A.). V. Sero et Palozzi.
 PANCRAZIO (Francesco) (de Padoue). Nouveau symptôme objectif spécifique chez les névropathes, 817.
 PANIACCHI (Giuseppe). La mydriase en tant que symptôme objectif de la douleur, 234.
 PAPADATO. V. Turel et Papadato.
 PARAF (Jean). V. Debré et Paraf.
 PARHON (C.-J.). V. Bacaloglu et Parhon.
 PARHON (C.-J.) et PARHON (Mlle Marie) (de Jassy). Sur la séro-réaction d'Abderhalden avec le corps thyroïde dans les psychoses affectives, 616.

- PARHON (C.-J.) et PARHON (Mlle Marie). Sur la séro-réaction d'Abderhalden avec la glande thyroïde dans le syndrome de Parkinson, 618.
- PARHON (C.-J.) et SATINI (Em.) (de Jassy). Essai sur les cuti-réactions glandulaires, 875.
- PARHON (C.), DUMITRESCO (G.) et DAN (C.). Sur les lipoides des glandes génitales, 369.
- PARHON (C.), DUMITRESCO (G.) et NISSIPESCO (C.). Sur les lipoides des ovaires, 368.
- PARIANI (Carlo) (de Florence). Rapports de l'art et de la folie, 379.
- PARIS (Alexandre) (de Nancy). Traumatisme et paralysie générale progressive, 654.
- Confusion mentale et suggestions accidentelles, notamment impulsions oniriques au suicide, 443.
- PARSONS (Léonard). Atrophie musculaire spinale des enfants, 52.
- PASTINE (G.) (de Gènes). Réflexe controlatéral des orteilés, 639.
- PATINI (Ettore). Mécanisme de la dissociation psychique chez un dément aphasique, 411.
- PATTERSON (J.-F.). Forme cérébrale de la malaria pernicieuse, 695.
- PAUL-BONGOUR (G.). Epilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive, 32.
- Asthénie psychomotrice constitutionnelle infantile. Asthénie et neurasthénie chez l'enfant, 545.
- PAULION (D.-E.). Syndrome cérébelleux dû à une lésion syphilitique et amélioré par une injection de salvarsan, 35.
- PAWLOW (I.). Etude de l'activité nerveuse supérieure, 637.
- PAYAN (L.) et MATTEI (Ch.) (de Marseille). Chorée de Sydenham, 210.
- PEASE (Edmund-M.) (de Wawerley). Valeur pronostique des hallucinations dans la psychose maniaque dépressive, 382.
- PELISSIER (A.). V. Blondel et Pelissier.
- V. Dejerine et Pelissier.
- PELISSIER (A.) et BOREL (P.). Sur un cas de raideur musculaire avec hémitremblement et dysarthrie (Syndrome lenticulaire?), 722.
- — Paralyse radiale à type de paralysie saturnine chez un sujet atteint antérieurement de poliomyélite aiguë, 861.
- — Conservation de la sensibilité osseuse avec perte de tous les autres modes de la sensibilité dans un cas de compression médullaire, 864.
- PELISSIER (A.) et KREBS. Arrêt de développement du membre supérieur gauche consécutif à une hémiplegie cérébrale infantile. Epilepsie Bravais-jacksonienne. Astérogénosie, 153.
- — Un cas de sciatique radiculaire dissociée, 320.
- PELISSIER (A.) et REGNARD (M.). Monoplegie brachiale dissociée et astérogénosie consécutives à un enfoncement du crâne, 151.
- PELLACANI (Giuseppe) (de Florence). Syphilis cérébrale précoce, 32.
- PELLEGRINI (R.) (de Padoue). Méningo-encéphalites chez les hérédo-syphilitiques, 761.
- PENDE (N.) (de Palerme). Une nouvelle glande à sécrétion interne, 366.
- PERAMBUCANO (Ulyssé). Quelques manifestations nerveuses de l'hérédo-syphilis, 237.
- PERNET. V. Bergé et Pernet.
- PERRING (Howell-T.). Neurasthénie et exagération de l'émotivité, 574.
- PERUGIA (Alfredo). Aphasie motrice et surdité post-paroxystique chez un épileptique, 409.
- PESKER (D.). Activité des ferments dans le sérum des aliénés; méthode séro-diagnostique d'Abderhalden, 255.
- Méthode d'Abderhalden et son application dans la psychiatrie, 256.
- Cas particulier de démence organique, 652.
- PETIT (Georges). V. Marchand et Petit.
- PETIT (Auguste). Sécrétion externe et sécrétion interne, 365.
- PEZET (Charles). V. Dide et Pezet.
- PLÜGER (Hans). Diagnostic différentiel entre les maladies syphilitiques: tabes, paralysie générale et alcoolisme chronique, 648.
- PHILIPPSON (M.). Analyse du phénomène psycho-galvanique, 637.
- Nouvelles expériences sur la moelle des mammifères, 684.
- PIANETTA (Cesare) (de Brescia). Psychose maniaque dépressive chez des jumeaux, 382.
- PIAZZA (Angelo). Nosographie et constatations de la presbyophrénie, 438.
- Le pantopon en psychiatrie, 582.
- PICCALUGA. Tétanos, 108.
- PICK (de Prague). Troubles agrammatiques du langage. Fondements psychologiques de la question de l'aphasie, 186.
- PICQUE (Lucien). Hystérie et chirurgie, 432.
- PICQUE (Lucien) et GEORGHU (Emile). Ectopie rénale et troubles mentaux, 529.
- PIERRET et DUROT. Syndrome méningé subaigu d'origine syphilitique, 424.
- PILATE-MARTSINKEVITCH. Syndrôme de Guilaïn-Thaon, 31.
- PINHEIRO (Mario). V. Austregesilo, Pinheiro et Marques.
- PIQUEMAL (L.). V. Antheaume et Piquemal; Mafiltrat et Piquemal.
- PIRONI (Raffaele). Corps de Negri dans la rage, 428.
- PITUDESCO. V. Obregia et Pitulesco.
- PLABELLER. Statistique des cas de mort dans l'asile de Hall (Tyrol) et les causes de mort, 380.
- PLICQUE (A.-F.). Injections médicamenteuses intracrâniennes; indications; mode d'emploi, 660.
- POIRSON. Achondroplasie atypique de l'adulte chez un indigène tunisien, 250.
- POPE (Curban). Hydrothérapie dans la fatigue nerveuse, 582.
- POPEIA (A.). V. Obregia, Urechia et Popeia.
- POROT (A.). Etat méningé au cours du paludisme, 204.
- Fugues et suicide par onirisme au cours des maladies infectieuses, 442.
- PORTER (E.-L.). Variations de l'irritabilité de l'arc réflexe dans des conditions asphyziques, avec analyse des gaz du sang, 513.

- PORTER (Miles-F.). *Injection d'eau bouillante dans le traitement de l'hyperthyroïdie*, 49.
- POTEL, VERHAEGHE et SIAUVE-EVAUSY. *Récidives de tumeur cérébrale : fibro-sarcome*, 516.
- POUSSEP. *L'état actuel de la question et les problèmes relatifs au traitement chirurgical des maladies mentales*, 581.
- POWERS (W.-J. Sweasey). *Quatre cas d'états oniriques d'origine émotionnelle dans le quartier psychiatrique de l'hôpital royal de la Charité, à Berlin*, 443.
- PRÉOBRAJENSKY (S.-A.) (de Saint-Petersbourg). *Signification de la réaction d'Abderkalden dans la psychiatrie*, 435.
- PRICE (George-E.) (de Philadelphie). *Gliose spinale chez trois membres de la même famille; possibilité d'une forme familiale*, 694.
- PROUT (Thomas) et TAYLOR (S.). *Blessure de la tête, suivie de douleur persistante dans la région de la cicatrice et de faiblesse de la jambe gauche. Opération. Guérison*, 496.
- PROVOST. *Intoxication par le sulfure de carbone*, 441.
— V. Dupain et Provost.
- PRUVOST. V. Bouilloche et Pruvost.
- PUILLET (P.). *Paralyse générale sénile*, 652.
— V. Toulouse et PUILLET.
- PUJOL (de Toulouse). V. RISPAL et PUJOL.
- Q**
- QUARTO (Ernesto). *Nervi multiples dans un cas d'idiotie épileptique*, 523.
- QUERCY. V. Claude et Quercy.
- R**
- RABITTI (A.). *Tétanos*, 108.
- REKE. *Traitement de la paralysie générale par le salvarsan*, 658.
- RAILLIET (G.) (de Reims). *Un cas de côtes cervicales*, 698.
- RAÏMISTE (d'Odessa). *Sur la faculté d'inhiber volontairement les réflexes tendineux*, 407.
- RAMADIER (Jacques) et VIGNES (Henri). *Nerf laryngé supérieur*, 424.
- RAMELLA (Nino) et ZUCCHARI (Giuseppe) (d'Udine). *Recherches sur le pouvoir opsonique du sérum sanguin dans quelques maladies mentales*, 701.
- RAMOND (Félix) et DURAND (Jacques). *Les névralgies du plexus brachial*, 694.
- RANÇON. V. Houzel et Rançon.
- RAPIN. V. Roussy, Masson et Rapin.
- RAULT (Marcel). *Etude des écoulements de liquide céphalo-rachidien et de matière cérébrale par le conduit auditif à la suite de fractures de la base du crâne*, 195.
- RAUZIER (G.). V. Forgue et Rauzier.
- RAVAUT (Paul). *Syphilis nerveuse traitée par les injections intra-rachidiennes de mercure et de néosalvarsan*, 664, 705.
- RAVEN (Wilhelm). *Signification de la dissociation albumino-cytologique et de la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien*, 29.
- RAYMOND (V.) et LOT. *Etiologie et pathogénie du zona*, 106.
- RAYNIER. V. Trénel et Raynier.
- REDATTU (J.) et GRAVIER (L.) (de Lyon). *Gigantisme eunuchoïde, Etude des troubles de la sécrétion interne et externe du testicule*, 697.
- REDIERRE (Paul). *Le timide délinquant*, 699.
- REGNARD. V. Mouzon et Regnard.
— V. Pelissier et Regnard.
- REGNARD et MOUZON. *Poliomyélite aiguë de l'enfance à topographie radiculaire (type scapulo-huméral unilatéral)*, 494.
— — *Poliomyélite aiguë de l'adolescence à topographie radiculaire*, 611.
- REGNARD, MOUZON et LAPAILLE. *Double monoplégie dissociée d'origine corticale*, 838.
- REICHMANN. *Troubles pupillaires de la démence précoce*, 770.
- REID (Eva-Charlotte) (de Washington). *Génie littéraire et folie maniaque dépressive. Considérations sur le cas de Dean Swift*, 381.
- REILLY. V. Sicard et Reilly.
- REMEDY (F.). *Un diagnostic. Tumeur à la protubérance. Méningite basale*, 569.
— *Tumeur du cervelet*, 757.
- RÉMOND (A.) (de Metz) et SAUVAGE (R.) (de Toulouse). *Instabilité choréiforme et insuffisance thyroïdienne*, 50.
— — *Sinistrose et psychose à forme confusionnelle*, 446.
- RENAULT (Jules) et LÉVY (Pierre-Paul). *Myélite métatypique chez un enfant de quatre ans. Bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection*, 41.
- RENDU (R.). *Paralyse récurrentielle par le traitement spécifique*, 245.
— V. Gonnet et Rendu.
- RICCA (Sylvio). *Sur le diagnostic des formes initiales et atypiques de la sclérose en plaques*, 570.
- RICHON (L.). *Tétanie aiguë d'origine digestive*, 426.
- RIEDER (H.). *Contribution à l'histoire de l'emploi des bains prolongés chez les aliénés*, 581.
- RIGGS (C.-Eugène). *Symptômes nerveux de l'anémie pernicleuse*, 427.
- RIGHETTI (Carle) (de Florence). *Moyen de réparer les pertes de substance osseuse du crâne*, 196.
- RIGHI. *Tétanos*, 108.
- RISPAL et PUJOL (de Toulouse). *Ataxie aiguë avec guérison rapide*, 93.
- RISPAL et TIBBAL. *Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte*, 200.
- RISPAL et VERBIZIER (DE). *Encéphalite aiguë hémorragique au cours d'une pneumonie latente chez un tabétique*, 239.
- RITTI (Ant.). *Histoire des travaux de la Société médico-psychologique et éloges de ses membres*, 528.
- RIVA (Emilio) (de Reggio). *Nosographie de la paranoïa*, 67.
— *L'idiot microcéphale Baptiste*, 545.

- ROASENDA (G.). V. Civalieri et Roasenda.
- ROBERT (Félix). Spondylose traumatique. *Maladie de Kummel-Verneuil*, 430.
- ROBINSON (G.-Wilso). Hyperréponse aux excitations affectives dans le cas de lésions corticales, avec une observation, 355.
- ROCCAVILLA (Andrea) (de Modène). *Forme rare de myélite transverse secondaire à la reviviscence néoplasique d'un thymus persistant*, 41.
- ROCHARD et STERN. Appendicite claudicante ou coxopathie, 355.
- RODIET (A.). Influence des émotions dans la genèse de l'attaque épileptique, 521.
- *Traitement de l'épilepsie par les ferments lactiques*, 524.
- *De la meilleure diététique dans l'épilepsie essentielle*, 524.
- RODIET (A.) et DALMAS (P.). Opération de la cataracte suivie d'auto-mutilation chez une aliénée, 380.
- RODIO (G.-P.). Régénération des nerfs chez les mammifères, 92.
- ROGER (Henri) (de Montpellier). Accidents neuro-méninges précoces et tardifs du 606. Méningo-neuro-rechutes syphilitiques thérapeutiques, 204.
- V. Derrica, Euzière et Roger.
- ROGUES DE FURSAG et DUPOUY (Rogor). Phobie à systématisation délirante, 542.
- ROLLETON (J.-D.). Paralyse diphtérique, 696.
- ROMAGNA-MANOIA (A.). Petits signes de l'hémiplégie organique, 187.
- ROMAIN. V. Bax et Romain.
- RORSCHACH (N.). Etat contemporain de la psychiatrie en Suisse, 529.
- ROSE (Félix). V. Laignel-Lacastine et Rose.
- ROSEAO (Italo-G.) (de Rome). Recherches sur la déviation du complément dans la maladie de Basedow, 47.
- ROSENAU (J.). Mode de transmission de la poliomyélite, 198.
- ROSENBLATH (B.). Hémiplégie hystérique avec spasme de la main, 520.
- ROSENBLUTH (B.) (de New-York). Névrozes et psychonévroses des enfants; mode de développement et traitement, 766.
- ROSSOLIMO (de Moscou). Les profils psychologiques, 377.
- ROTHSTEIN (T.) (de Chicago). V. Dick et Rothstein.
- ROUBIER. V. Laquerrière et Roubier.
- ROUBINOVITCH (Jacques). Délire de persécution infantile, 422.
- ROUBINOVITCH (J.) et BOREL (P.). Un cas d'uranisme: enlèvement de mineur par un inverti, 537.
- ROUGÉ (C.) (de Limoux). Les processifs, 69.
- ROUILLARD. V. Apert et Rouillard; Claude et Rouillard; Claude, Schaeffer et Rouillard; Claude, Touchard et Rouillard.
- ROUSSY (Gustave). Théorie mathématique de la loi géométrique de la surface du corps de l'homme, 352.
- Discussions, 453, 485, 786.
- V. Camus et Roussy.
- ROUSSY (Gustave) et CLUNET (Jean). Le corps thyroïde dans la maladie de Basedow, 262.
- Hyperplasie compensatrice expérimentale du corps thyroïde chez le chien et chez le singe, 792.
- ROUSSY (Gustave) et CORNIT (Lucien). Atrophie et sclérose du corps thyroïde dans un cas de rhumatisme chronique déformant, 779.
- ROUSSY (Gustave) et LHERMITTE (Jean). Les techniques anatomo-pathologiques du système nerveux, 350.
- ROUSSY (Gustave), MASSON (P.) et RAPIN. Un cas de tumeur de l'hypophyse avec métastases osseuses et ganglionnaires. Absence d'acromégalie, 783.
- ROUTIER (Daniel). V. Guillaïn et Routier.
- ROZIER (H.) (de Montpellier). Mal perforant plantaire et air chaud, 431.
- RUEDIGER (E.-H.). Durée de l'immunité passive contre la toxine tétanique, 107.
- RUFFER (Marc-Armand) et CRENDINOPOULOU (Milton). Guérison du tétanos expérimental chez les cobayes, 428.
- RÜLF. L'épilepsie corticale familiale, 524.
- RUPIN (Alfred). Traitement radiothérapique de la syringomyélie et des affections de la moelle, 103.
- RYBAKOW (Théodore). Introduction à l'étude de la psychologie, 823.
- La cyclophrénie (psychose circulaire), 829.

S

- SACHS (B.). Myélite transverse infectieuse aiguë due au virus de la poliomyélite, 198.
- SACO (F.) (de Montevideo). Traitement du vertige de Ménière par la fibrolysine ou la thiosinamine antipyrinés, 705.
- SAINT-GIRONS (Fr.). V. Achard et Saint-Girons.
- SAINTON (Paul). Secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow, 47.
- Phobie professionnelle chez un prêtre, 542.
- Discussions, 602.
- SAINTON (Paul) et GASTAUD (Paul). Syndrome de Basedow et diabète, 48.
- SALERNI (Allardo). Le luminal dans la pratique psychiatrique, 582.
- SALES. V. Dejerine et Sales.
- SALÈS et CÉLIGNY (Mlle de). Un cas de syndrome thalamique, 324.
- SALIN. V. Méry et Salin.
- SALIN (A.) et AZÉMAR (G.). Résultat négatif du traitement spécifique préventif chez un paralytique général, 661.
- SALMON (Alberto). Thrombose des artères bulbaires, 38.
- Signification pathologique de la réaction myasthénique dans les névrozes traumatiques, 190.
- SALMON (Thomas-W.) (de New-York). L'immigration et la prophylaxie de l'aliénation mentale, 581.
- SALOMON (Jean). V. Briand et Salomon.
- SANFORD (A.-H.). V. Blackford et Sanford.
- SANGUINETTI (Luigi Romolo). L'insomnie des psychopathes et l'échange des substances puriniques, 379.
- SANTY. Ligature de la carotide primitive avec hémiplégie immédiate transitoire, 416.
- SANZ (Fernandez). Biphéarospasme hystérique intermittent, 767.

- SATAKE (Jasutaro). Localisation des inhibitions dans la moelle de la grenouille strychnisée, 542.
- SAVINI (E.) (de Jassy). V. Parhon et Savini.
- SAUVAGE (de Toulouse). V. Rémond* et Sauvage.
- SAVINI-CASTANO et SAVINI. Etiologie, pathogénie et anatomie pathologique de l'idiotie amaurotiforme de Tay-Sachs, 546.
- SAVY et GATÉ. Méningites à pneumocoques guéries, 449.
- SAWYER (W.-A.) et HERMS (W.-B). Transmission de la poliomyélite au moyen de la bouche d'étable, 199.
- SCHARFFER. V. Claude, Schaeffer et Rouillard.
- SCHALLER (Walter-F.) (de San Francisco). Salvarsan dans les affections syphilitiques du système nerveux, 665.
- SCHARNEK (de Strasbourg). Spina bifida occulta et incontinence d'urine, 759.
- SCHERER (VAN DER). Ostéomalacie et psychose, 445.
- SCHILDER (P.). V. Gregor et Schilder.
- SCHIRMACHER (de Königsberg). Sur l'érythromélie, 572.
- SCHÖTE (Carl). Paralyse agitante et goitre, 375.
- SCHOUKOFF (de Saint-Petersbourg). Sentiment d'angoisse, 529.
- SCHTIDA (B.-E.). Du parallélisme entre les psychoses alcooliques et les psychoses séniles, 579.
- SCHULMANN. V. Milian et Schulmann.
- SCHUMM (O.) et FLEICHMANN (R.). Teneur en alcool du liquide céphalo-rachidien chez les alcooliques et les délinquants, 28.
- SCHÜTTE (d'Osabrück). Affection concomitante du cerveau et du foie, 356.
- SCHWARZ. Discussions, 195.
- SCHWYNN (Georges) (de Washington). Prognostic et thérapeutique de la syphilis cérébrale, 35.
- SCALIAR (N.). Psychoses hystériques, 434.
- SCRINI. Mouches volantes physiologiques et phénomènes entoptiques, 360.
- SÉBILÉAU. Discussions, 195.
- SÉGLAS (J.) et DUBOIS (Robert). Notes cliniques sur les aliénés gémissiers, 436.
- SELBERG. V. Lewandowsky et Selberg.
- SEMELAIN (R.). Notes inédites de Pinet, 420.
- SENCERT (L.) et HAMANT. Deux cas d'infantilisme, 250.
- SÉRAPHIMOFF (B.-N.) et SOUKHANOFF (S.-A.). Association de l'épilepsie et de l'hystérie, 526.
- SERIEUX et CAPGRAS. Le mézianisme d'un faux Dauphin (Naundorff), 827.
- SERONO (C.) et PALOZZI (A.). Sur les lipides contenus dans la substance nerveuse, 563.
- SEYMOUR (Gilbert) (de New-York). Sept cas de côtes cervicales, l'un d'eux simulant un anévrisme, 698.
- SHANAHAN (William-T.). Surveillance judiciaire des pensionnaires des établissements d'Etat pour arriérés, 531.
- SHERMAN (Harry-M.). V. Newmark et Sherman.
- SHERRINGTON (C.-S.). L'inhibition réflexe comme facteur de la coordination des mouvements et des attitudes, 634.
- Réflexe rythmé produit par excitation réflexe opposé à une inhibition réflexe, 684.
- V. Brown et Sherrington.
- SHIELDS (Nelson-T.) (de New-York). Etiologie de la névralgie faciale du tic douloureux. Traitement clinique, 693.
- SIAUVE-EVAUSY. V. Potel, Verhaeghe et Siauue-Evausy.
- SICARD (J.-A.). Tumeur cérébrale ou pleurochoroïdite chronique. Durée évolutive des tumeurs cérébrales, 451.
- Hydrocéphalie acquise par méningite ourlienne, 706.
- Discussions, 299, 316, 450, 729, 737, 834, 871.
- SICARD (A.) et CAMBESSÈRE. Migraine ophthalmoplogique et liquide céphalo-rachidien, 835.
- SICARD et GALEZOWSKI. Syndrome de Horner consécutif à la neurolyse ganglionnaire du tronc au cours de la névralgie faciale, 99.
- SICARD (J.-A.) et HAGUENEAU. Lymphœdème chronique segmentaire, 588.
- Dosage de l'albumine rachidienne, après ponction étagée vertébrale au cours des processus méningés chroniques, 590.
- Les sections nerveuses chez les cécitiques, 707.
- Virilisme épiphysaire, 858.
- SICARD et REILLY. Paralyse générale. Réaction de Wassermann et salvarsan, 656.
- SICHEL (de Francfort). Paralyse générale chez les juifs, 649.
- SIKORAY (B.). Le syndrome de débilité neuromusculaire, 236.
- SILVA (Wolfrango da) et MELLO (Froilano de). Cas insolite d'infection méningo-encéphalique, 239.
- SILVAN (C.) (de Parme). Un cas d'hématomyélie, 101.
- Anatomie pathologique du système nerveux dans l'urémie dans un cas simulant la paralysie du vague, 426.
- Singulière anomalie de l'artère vertébrale avec dilatation anévrysmale comprimant la moelle cervicale et le bulbe rachidien, 568.
- SIMON (Clément) (d'Uriage). Comment faut-il comprendre l'hystérie à la suite des travaux de M. Babinski? Le pithiatisme, 432.
- SIMON et CAUSSADE. Syndrome cérébelleux, 35.
- SIMON et FAIRISE. Tubercule solitaire du bulbe; paralysie du facial et du moteur oculaire externe, 37.
- SIMON, FAIRISE et HANNS. Lésion syphilitique scléro-gommeuse du myocarde, hémorragie cérébrale, 445.
- SIMONIN. Expertise psychiatrique dans l'armée; les origines et les dispositions de sa réglementation officielle, 534.
- Discussions, 769.
- SIMONS. V. Lewandowsky et Simons.
- SIOLI. Histologie d'un cas de myoclonie. Epilepsie familiale, 522.

SIREDEY. *Discussions*, 209.
 SKOROGOUNOFF. *Investigation expérimentale de la fonction de la parole et son application à la psychologie*, 377.
 SLUDER (Greenfield) (de Saint-Louis). *Étiologie, diagnostic, pronostic et traitement de la névralgie du ganglion sphéno-palatin*, 693.
 SÖDERBERGH (Golthard) (de Karlstad, Suède). *Pseudo-tétanos myxœdémateux*, 49.
 — *Quelle est l'innervation radriculaire des muscles abdominaux?* 629-634.
 SOKALSKY. *Étude de la psychose maniaque dépressive*, 702.
 SOLLIER (P.). *L'hystérie et son traitement*, 562.
 SOSNOVSKAIA. *Tabes traité par le procédé combiné*, 519.
 SOUKHANOFF. *Héroïnomanie*, 426.
 — *Caractères pathologiques et criminalité*, 532.
 — *La psychopathie raisonnée*, 540.
 — *Association de l'hystérie et de la psychose maniaque dépressive*, 702.
 — *Évolution de la psychose maniaque dépressive*, 752.
 — *Idéation paralogique*, 768.
 — *Des paraphrénies*, 771.
 — *V. Sérafimoff et Soukhanoff*.
 SOUKHOFF (A.-A.). *Association de l'épilepsie avec l'athétose*, 416.
 SOULAS (A.). *V. Hannard, Soulas et Lotte*.
 SOUQUES (A.). *Dissociation cutanéomusculaire de la sensibilité et syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs*, 128.
 — *Infantilisme hypophysaire*, 250.
 — *Dissociation cutanéomusculaire de la sensibilité dans le tabes*, 325.
 — *Syndrome d'hypertension intra-cranienne. Trépanation décompressive et guérison complète depuis cinq ans. Pseudo-tumeur cérébrale*, 567.
 — *Zona cervical et paralysie faciale*, 625-628, 736.
 — *Discussions*, 133, 271, 452, 847, 868.
 SOUQUES (A.), BAINDEVIN et LANTUEJOL. *Zona et paralysie radriculaire du membre supérieur*, 721.
 — — — *Tabes et zona*, 868.
 SOUQUES (A.) et DUHEM. *État comparé des réactions électriques des troncs nerveux dans l'atrophie musculaire Charcot-Marie et dans la névrite interstitielle hypertrophique*, 866.
 SOUNDEL (Marcel). *Étude anatomo-clinique du syndrome pluriglandulaire*, 367.
 SOUTHARD (E.-E.) (de Boston). *L'idée de l'hôpital pour psychopathes*, 700.
 — *V. Lucas et Southard*.
 SPANOWSKY (Mlle). *V. Babonneix et Spanowsky*.
 SPAULDING (Edith-R.). *Cause de la délinquance infantile*, 532.
 SPIELMEYER (W.) (de Munich). *Technique des recherches microscopiques, sur le système nerveux*, 511.
 SPILLMANN (P.) et BENECH (Jean) (de Nancy). *Grippe à début méningé avec icère infectieux*, 364.
 STADELMANN. *V. Lewandowsky et Stadelmann*.

STARKER (W.). *Variétés cliniques de la sclérose latérale amyotrophique*, 42.
 STARKER (W.) et WOSNESSEK (S.) (de Moscou). *La syringomyélie concentrique*, 101.
 STEFANELLI (Augusto). *Plaques motrices selon les vus anciennes et nouvelles*, 26.
 STEFANI. *Trépanation tardive pour coup de feu. Extraction d'un projectile intracérébral au 35^e jour. Lésions étendues du pli courbe avec cécité verbale*, 411.
 STEINER. *Recherches modernes sur la syphilis en neuropathologie avec étude des lésions du système nerveux de lapins syphilitiques*, 231, 427.
 STERN. *V. Rochard et Stern*.
 STERZI (G.) (de Cagliari). *Anatomie du système nerveux central de l'homme*, 511.
 STEWART (Purves). *Allocution*, 501.
 STODDAT (W.-H.-B.). *Cas de presbyophrénie*, 438.
 STONE (D.). *Tumeur du cerveau*, 755.
 STRAUSS (I.). *Cholestéatome du cerveau*, 515.
 STROHL (André). *Physiologie des réflexes chez l'homme. Les réflexes d'automatisme médullaire. Le phénomène des raccourcisseurs*, 813.
 STUBEL (H.). *Modifications morphologiques du nerf excité*, 751.
 SWETT (J.-E.). *V. Cadwalader et Swett*.
 SWIFT (Walter-B.) (de Boston). *Étude sur les troubles de la parole, n° 1. Zécaisement négligé. Cas et traitement*, 431.
 SWYNGHEDAUW. *V. Laurent et Swynghedauw*.
 SZABÓ. *V. Veress et Szabó*.

T

TALENT (Jean). *Traitement de la chorée de Sydenham par le salvarsan et le néosalvarsan*, 210.
 TAPIE (Jean). *Spondylite typhique à forme pseudo-paralégique*, 41.
 TASTEVIN (J.). *La joie. Psychologie normale et pathologie*, 54.
 — *Les perversions instinctives. Le rapport de M. Dupré*, 58.
 — *Dysthénies périodiques et psychose maniaque dépressive*, 58.
 TAYLOR (Alfred-S.) (de New-York). *Traitement chirurgical de la paralysie brachiale obstétricale*, 764.
 TAYLOR (James). *Atrophie des muscles péroniers*, 52.
 — *Ataxie de Friedreich chez une jeune fille de 10 ans, mal développée*, 243.
 TAYLOR (S.). *V. Prout et Taylor*.
 TCHOUGOUNOFF (de Moscou). *Paralysie familiale spasmodique*, 520.
 TEIXEIRAS-MENDES. *Le phénomène de l'avant-bras de Léri*, 348-349.
 TERRACOL (J.). *Traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle*, 526.
 TERRIEN. *V. Capgras et Terrien; Collin, Terrien et Vinchon*.
 TEULIÈRES. *Rémitte proliférante*, 400.
 THEVENOT. *V. Lesueur et Thévenot*.
 THIBAUT. *Hémorragies méningées du nouveau-né*, 203.

- THIERS. V. Dufour, Thiers et Charron.
 THOMAS (John-Jenks) (de Boston). *Arrération mentale et infériorité constitutionnelle dans ses rapports avec l'éducation et le crime*, 533.
 THOMSON (H. Campbell). *Atrophie rapide des muscles des mains et des bras*, 52.
 THORBUURN (William). *Les névroses traumatiques*, 574.
 TIGERSTEDT (C.). *Etudes sur la fatigue des nerfs à myéline de la grenouille*, 753.
 TIKHOMIROFF (D.-M.). *Rôle de l'émotion dans la pathogénie de l'épilepsie*, 521.
 TILNEY (Frederick) et MORRISON (J.-Francis) (de New-York). *Paralyse pseudo-bulbaire étudiée au point de vue clinique et pathologique*, 96.
 TIMBAL. V. Rispal et Timbal.
 TINEL (J.). *Un cas de radiculite expérimentale*, 787.
 — *Une méthode de coloration élective de la myéline: modification de la méthode d'Azoulay*, 788.
 TINEL (J.) et PAPADATO. *Pachyméningite cervicale hypertrophique. Étude clinique, étude anatomo-pathologique*, 244, 245.
 TOOTH (Howard-H.). *Gommes du cerveau. Traitement. Constataions histologiques*, 33.
 — *Diplégie progressive*, 445.
 TOUCHARD (P.). V. Claude, Touchard et Rouillard.
 TOULOUSE (E.) et MARCHAND (L.). *Influence de la menstruation sur l'épilepsie*, 521.
 TOULOUSE et PUILLET. *Guerison rapide de psychoses aiguës sous l'influence d'injections sous-cutanées d'oxygène*, 581.
 TOURAINE (A.). V. Jeanselme et Touraine.
 TRENDLENBURG (M.). *Réparation des troubles de la motilité après l'extirpation de l'écorce cérébrale chez le singe*, 635.
 TRÉNEL. *Symphysé méningée fibreuse des lobes frontaux dans un cas de paralysie générale*, 645.
 — *Discussions*, 455.
 TRÉNEL et RAYNIER. *Etats mentaux imaginatifs*, 65.
 TREPSAT (L.). *Dessins et écrits d'un dément précoce*, 772.
 TRIBOULET. *A propos de la communication de M. Comby sur le traitement de la chorée de Sydenham*, 209.
 TRUELLE. *Intoxication par l'oxyde de carbone*, 425.
 TSHIRJEW (de Kiew). *Tabes atarique et traitement des affections post-syphilitiques du système nerveux par le mercure et le salvarsan*, 242.
 TSOPANOGLIOU. *Un cas de syndrome de Benedikt*, 569.
 TURNER (Aldren). *Tremblement d'origine incertaine*, 255.
 TUSSAU (H.). *L'ovariogresse*, 370.

U

- UDINE (T.-J.) (de Moscou). *Relations réciproques héréditaires dans les maladies mentales*, 529.

- URECHIA (J.). V. Obregia, Urechia et Po-pea.
 USSE (F.). V. Marchand et Usse.

V

- VALABREGA (Graziado). *Observations sur la pression du sang chez les déments séniles et pré-séniles*, 58.
 VALETTE. V. Deléarde et Valette.
 VALLET (André). *Les préjugés en médecine mentale*, 700.
 VALLON (Ch.). *Un déséquilibré simulateur*, 163.
 VANLY (V.). *Les clairs-obscur de l'anomalie mentale*, 119.
 VANZETTI (F.) (de Rome). *Méningo-encéphalites syphilitiques*, 762.
 VARIOT (G.). *Microsphygmie permanente avec débilité mentale chez une femme de 30 ans*, 703.
 VASSILIEF. *Formation du réflexe moteur d'association chez l'homme sur des excitations composées d'un son et d'un mot lui correspondant*, 638.
 VELTER. *Signe d'Argyll-Robertson unilatéral par traumatisme orbitaire*, 39.
 VELTER et MARTEL (DE). *Cranioctomie décompressive dans un cas de syndrome d'hypertension avec hémianopsie*, 448.
 VERBIZIER (DE). V. Rispal et de Verbizier.
 VERDI (W.-F.). V. Mailhouse et Verdi.
 VERDIRANE (Concetto) (de Catane). *Un rôle typique. Aperçu de criminologie sicilienne*, 553.
 VERESS (V.) et SZABÓ. *Valeur et signification de la réaction de Kuremon pour le diagnostic de la syphilis et de la paralysie générale*, 643.
 VERHAEGHE. *Troubles trophiques au cours de la syringomyélie*, 102.
 — V. Potel, Verhaeghe et Siaux-Erausy.
 VIANNAY. *Blessure du sinus longitudinal supérieur par une esquille osseuse dans une fracture de la voûte du crâne, relevé des fragments, hémorragie arrêtée par le tamponnement*, 196.
 VIDONI (Giuseppe). *A propos de l'aortite chez les paralytiques généraux*, 649.
 — *A propos d'un cas de syndactylie*, 698.
 VIGNES. V. Bonnaire, Lévy-Valensi et Vignes; Ramadier et Vignes.
 VIGOUROUX (A.). *Délire de persécution à base d'interprétations délirantes traversé par des épisodes hallucinatoires*, 64.
 — *A propos du cas de MM. Colin et Mignard: diagnostic de l'épilepsie et de la paralysie générale*, 648.
 — *Discussions*, 653.
 VIGOUROUX (A.) et HÉRISSON-LAPARRE. *Ramollissement de la couche optique chez un tabétique*, 98.
 — *Encéphalite scléro-gommeuse et ramollissement cérébral*, 417.
 — *Ramollissement du noyau lenticulaire et hémiplegie terminale chez un paralytique général*, 645.
 — *Tuberculose des surrénales et gommes du foie chez un tabétique devenu paralytique*, 645.

- VILLABET (Maurice) et Descomps (Paul). *A propos d'un cas de méningite tuberculeuse hémorragique*, 422.
- VINCENT (Cl.). *Signe d'Argyll unilatéral; traumatisme de l'orbite; pas de syphilis décelable*, 866.
— *Discussions*, 316.
- VINCENT (Cl.) et GAUTIER (Cl.). *Maladie de Potkmann au membre inférieur. Guérison par le massage et la mécanographie*, 766.
- VINCHON (Jern). *Le catalogue de l'« Enfer » de la bibliothèque nationale*, 129.
— *L'hospital des fols incurables de Thomas Garzoni*, 121.
— V. Briand et Vinchon; Collin, Terrien et Vinchon.
- VINSONNEAU. *Tétanos consécutif aux traumatismes orbito-oculaires*, 39.
- VINTON (Maria-M.). *Traitement d'état pour les arrières*, 548.
- VITA (Damiano de). *Echanges respiratoires et échanges matériels chez les animaux châtés à la naissance*, 232.
- VLADYTCHKO (S.-D.). *Méthode d'investigation expérimentale psychologique sur l'imagination combinatoire et créatrice chez les malades psychiques*, 825.
- VLAVIANOS. *Génie et folie*, 576.
- VOLMAT. V. Bouchut et Volmat.
- VOSEKRESENSKY (S.-A.). *Quantité de soufre contenue dans l'écorce cérébrale des personnes saines et des malades psychiques*, 528.
- VURPAS. *Discussions*, 389.

W

- WACHSMUTH. *Contribution aux faux diagnostics d'hystérie*, 433.
- WAELE (de). *Médication de l'amblyopie nicotinique par la lécithine*, 99.
- WAHL. *Asile d'aliénés au dix-huitième siècle*, 121.
- WALKER (Clifford-B.) (de Boston). *Valeur diagnostique de la réaction pupillaire hémiprotique et le phénomène hémianopsique du prisme (Wilbrand) avec une nouvelle méthode pour l'obtenir*, 638.
- WALLON (Henri). *Séréotypies: inertie systématique; perte des notions de temps consécutives à une crise d'alcoolisme aigu*, 166.
- WALLON (Henri) et LANGLE. *Tabes, alcoolisme chronique, délire de persécution*, 739.
- WEBER (F.-Parkos). *Ancienne sclérodémie quiescente de l'extrémité inférieure droite*, 410.
— *Claudication intermittente de l'extrémité inférieure chez un homme jeune, ouvrier actionnant une machine à pédale*, 246.
— *Hypoplasie des membres du côté droit d'origine cérébrale*, 253.
— *Lipodystrophie progressive*, 373.
- WEDENSKY (J.-N.) (de Moscou). *Quand faut-il commencer le traitement des alcooliques par l'hypnose*, 695.

- WEIL (M.-P.). *Méningite syphilitique incurable par le mercure et guérie par le salvarsan*, 762.
- WEISSENBACK (R.-J.). *Méningites éberthiennes et manifestations méningées de la typhoïde*, 419.
— V. Vidal et Weissenbach.
- WEISSENBURGH (T.-H.). *Claudication cérébrale intermittente*, 518.
— *Lésion de la partie supérieure du pédoncule cérébral droit*, 569.
— *Emploi du salvarsan dans la syphilis du système nerveux*, 666.
- WEITZEL. *Thyroïdite tuberculeuse*, 46.
- WESTPHAL (de Bonn). *Pseudo-sclérose de Westphal-Sirümpell*, 42.
- WHIPHAM (R.-T.). *Trois cas d'arrêt de développement*, 698.
- WIDAL et WEISSENBACK. *Méningite à paraméningococcus traitée et guérie par le sérum antiparaméningococcique*, 104.
- WILLIAMS (T.-A.). *Tabes sans lymphocytose rachidienne*, 519.
- WILSON (Louis-B.) (Rochester). *Pathologie du goitre exophtalmique*, 48.
- WILSON (S.-A.-K.). V. Collier et Wilson.
- WITHINGTON (Charles-F.). *Complications cérébrales dans la pneumonie*, 357.
- WITRY (de Metz). *Homosexualité, traumatisme et maladie infectieuse*, 538.
- WOLFF. *Abolition du réflexe cornéen dans les affections nerveuses organiques*, 408.
- WOODS (A.-H.). *Distribution segmentaire du noyau de la racine spinale du trijumeau*, 567.
- WOSNESENSKII (S.) (de Moscou). V. Starker et Wosnensenskiy.

Z

- ZALLA (Mario). *Névrite ascendante*, 763.
- ZAMBLER (Italo) (de Padoue). *Etude de la myasthénie et considérations sur cette affection*, 191.
- ZAMORANI (V.). *Paralyse oscillante de l'oculo-moteur commun*, 38.
- ZANELLI (C.-F.). *Dystrophie cutanéomusculaire non encore décrite*, 111.
- ZETLINE. *Un cas de délire résiduel*, 381.
— *Un cas de bromuralisme*, 426.
- ZIEGEL (H.-F.-L.) (de New-York). *Maladie de Basedow avec sclérodémie et réaction de Wassermann positive*, 49.
- ZIENKE (de Kiel). *Origine des perversions sexuelles et leur appréciation médico-légale*, 637.
- ZIMKIN (de Riga). *Résultats de l'investigation des malades psychiques d'après la méthode d'Ebbinghaus*, 435.
- ZIVERRI (Alberto) (de Macerata). *Les méthodes rapides pour la coloration des fibres à myéline. Coloration simultanée des lipopides cellulaires*, 173-174.
— *Démence presbyophrénique*, 439.
— *Cas de délire aigu*, 444.
- ZUBER. V. Chatelin et Zuber.
- ZUCCARI (Giuseppe) (d'Udine). V. Ramella et Zuccari.
- ZUNDEL (C.-E.). *Deux cas d'infantilisme*, 698.